



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**Análisis de las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización  
en la Ciudad de Quito, Ecuador**

**Silvia Lorena Castellanos Rodríguez**

**María Isabel Roldós, MPA. MS. DrPH., Directora de Tesis**

Tesis de grado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, octubre de 2014

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Postgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Análisis de las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización  
en la ciudad de Quito, Ecuador**

**Silvia Lorena Castellanos Rodríguez**

María Isabel Roldós, MPA., MS., Dr.PH.

Directora de Tesis y

Miembro del Comité de Tesis

.....

William F. Waters, Ph.D.

Miembro del Comité de Tesis

.....

Iván Borja, Ph.D.

Miembro del Comité de Tesis

.....

Fadya Orozco, MD., Ph.D.

Directora de la Maestría de Salud Pública

.....

Fernando Ortega, MD., MA., Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

.....

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.

Decano del Colegio de Postgrados

.....

Quito, octubre de 2014

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Silvia Lorena Castellanos Rodríguez

C. I.: 1711631539

Fecha: Quito, octubre de 2014

## **DEDICATORIA**

A todos los niños y niñas quienes, ya sea por herencia cultural agraria, por su situación de empobrecimiento, abandono, negligencia por parte de sus padres, desintegración familiar o cualquier otra razón, viven su niñez entre el polvo, sol y contaminación de las grandes ciudades del mundo. Especialmente a los niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador de la ciudad de Quito - Ecuador, quienes con su esperanza ante el futuro, generan motivación para contribuir con la construcción de un mundo mejor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todopoderoso, quien me dio fuerzas para culminar el camino comenzado; a mis hijos Ester y Martín, quienes con su amor y palabras de ánimo me inspiraron a hacer mi mejor esfuerzo; a la Universidad San Francisco de Quito y su Escuela de Salud Pública, por haber abierto sus puertas y darme el privilegio de transitar por sus aulas; al Doctor Benjamín Puertas, quien creyó en mí y mi potencial aporte a la Salud Pública; a mi amiga María Belén Mena, quién contribuyó significativamente para mi ingreso a la USFQ; a la Doctora María Isabel Roldós, por su calidad y calidez humana y la excelencia con la que dirigió mi trabajo de graduación; a los miembros de mi Comité de Tesis, los Doctores William F. Waters Ph.D. e Iván Borja Ph.D., por su generosidad y la pertinencia de sus sugerencias y comentarios. A la Señora Paulina Quingalagua, por su amistad y apoyo en los trámites administrativos. Finalmente a todos mis maestros, maestras, compañeros y compañeras, quienes con su aporte desde su área de conocimiento, transformaron mi entendimiento de la salud..., de la Salud Pública.

## RESUMEN

En el presente estudio se realiza un análisis de las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito - Ecuador, utilizando la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, segunda edición (BERS-2), Escala de Evaluación para Jóvenes.

Niños y niñas en situación de callejización son una población vulnerable que ha sido estudiada tradicionalmente bajo el paradigma médico hegemónico, orientado en la necesidad, enfermedades y factores de riesgo. En el primer capítulo de esta investigación se plantea un nuevo paradigma de evaluación basado en las habilidades, capacidades, potencialidades, fortalezas, valores y recursos de grupos en situación de vulnerabilidad. En el segundo capítulo se desarrollan los fundamentos teóricos que sustentan la presente investigación; se define el concepto de vulnerabilidad, se presentan los modelos de vulnerabilidad desarrollados por diferentes autores y se utiliza el modelo de Determinantes Individuales de Ada Rogers (1997), para elaborar un modelo de la vulnerabilidad de los niños y niñas en situación de callejización.

En el tercer capítulo se plantean los lineamientos metodológicos que orientan el presente trabajo de investigación, con especial énfasis en los objetivos y su cumplimiento. Para lo cual se detalla el método, el tipo de estudio, el plan de implementación, los recursos de instrumentación y el análisis de los datos. El primer y segundo objetivo tiene que ver con la determinación de las propiedades psicométricas de la BERS-2 Escala de Evaluación para jóvenes, como son la confiabilidad de consistencia interna y la validez de contenido. Para determinar la confiabilidad de consistencia interna de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, se realizó el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach, a tres intervalos de edad y en las seis subescalas. Para establecer la validez de contenido de la BERS-2 se realizó el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables de cada subescala de la BERS-2, a toda la muestra. Los resultados proveyeron evidencia que la BERS-2 tiene aceptables propiedades psicométricas y podría ser considerada como un instrumento válido y confiable para medir las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, como es la callejización.

El tercer objetivo fue identificar las fortalezas de niños y niñas en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao y su probabilidad de presentar trastornos emocionales y de conducta. Este objetivo se cumplió aplicando la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes a una muestra de 20 niños y niñas de dicha institución. Finalmente el cuarto objetivo fue plantear lineamientos que permitan al Centro del Muchacho Trabajador elaborar intervenciones para atender la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización. Este objetivo se cumplió en reuniones de retroalimentación con autoridades de la institución. Los resultados de dichas reuniones son reportados en este trabajo.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación y en el quinto la discusión bajo la perspectiva de la literatura existente; las limitaciones de la investigación y recomendaciones relacionadas con futuros estudios sobre la temática.

## ABSTRACT

The present study analyzes the strengths of street children from the Centro del Muchacho Trabajador in Cotacollao in the city of Quito-Ecuador, utilizing the Emotional and Behavior Rating Scale, second edition (BERS-2), Youth Rating Scale.

Street children are a vulnerable population which has been studied under the hegemonic medical paradigm, focused on needs, sickness, and risk factors. In the first chapter of this investigation a new rating paradigm based in skills, capacities, potentialities, strengths, values, and group resources in situation of vulnerability is put forth. The objective and the innovation of the study are posed as well.

In the second chapter the theoretical foundations supporting the present investigation are developed; the concept of vulnerability is defined, the models of vulnerability developed by different authors are explained, and Ada Roger's 1977 Individual Determinants model is used to elaborate a vulnerability model for street children.

In the third chapter the methodological outlines leading this investigation are put forth, with an emphasis on the objectives y their compliance, thus detailing method, type of study, implementation plan, instrumentation resources, and data analysis. The first and second objectives have to do with the determination of the psychometric properties of BERS-2, the Youth Rating Scale, such as internal consistency and content validity. To determine internal consistency, the calculation of Cronbach alfa coefficients was performed in age ranges, and in the six subscales. To establish content validity of BERS-2, the calculation of Pearson's correlation coefficients between variables in each subscale of BERS-2 to the entire sample, was made. Results provided evidence that BERS-2 have acceptable psychometric properties and may be considered as a valid and trusted instrument to measure emotional and behavioral strengths in children and adolescents in situation of vulnerability.

The third objective was to identify the strengths of street children from the Centro del Muchacho Trabajador in Cotacollao, and their probability to show emotional and conduct disorders. This objective was achieved by applying BERS-2 Youth Rating Scale in a random sample of 20 children from this institution. Finally, the fourth objective was to develop guidelines permitting the Centro del Muchacho Trabajador to elaborate interventions to deal with vulnerability in street children and adolescents. This objective was achieved in a feedback meeting with the institution authorities. The results of this meeting are reported in this paper.

In the fourth chapter, the results on the research are presented and the fifth chapter includes the discussion under the perspective of existing literature and future challenges. Finally, the limits of the research are established and recommendations pertaining future studies on the theme are made.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>14</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
1.2. EVALUACIÓN BASADA EN FORTALEZAS .....	17
1.3. PROPÓSITO DEL ESTUDIO .....	20
1.4. INNOVACIÓN DEL ESTUDIO.....	20
<b>II. REVISION DE LA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
2.1. VULNERABILIDAD Y MODELOS PARA SU MEDICIÓN.....	21
2.1.1. VULNERABILIDAD.....	21
2.1.2. MODELOS DE MEDICIÓN DE VULNERABILIDAD .....	24
2.2. VULNERABILIDAD Y NIÑEZ ECUATORIANA.....	29
2.3. NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACIÓN DE CALLEJIZACIÓN Y SU VULNERABILIDA .....	32
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>37</b>
3.1. OBJETIVOS .....	38
3.1.1. Objetivo General.....	38
3.1.2. Objetivos Específicos .....	38
3.2. MÉTODO .....	39
3.3. TIPO DE ESTUDIO .....	39
3.4. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN .....	43
3.4.1. Población objetivo .....	43
3.4.2. Número de participantes.....	44
3.4.3. Recurso de instrumentación.....	45

3.4.3.1 <i>La BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes</i> .....	45
3.4.3.2 <i>Interpretación de la BERS-2</i> .....	52
3.5. ANÁLISIS .....	54
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
4.1. PARTICIPANTES/RECOLECCIÓN DE DATOS .....	63
4.2. DESCRIPTORES DEMOGRÁFICOS DE PARTICIPANTES.....	64
4.3. RESULTADO OBJETIVO 1 .....	65
4.4. RESULTADO OBJETIVO 2.....	67
4.5. RESULTADO OBJETIVO 3.....	75
4.6. RESULTADO OBJETIVO 4.....	79
<b>V. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>83</b>
5.1. DISCUSIÓN .....	83
4.7. LIMITACIONES .....	99
4.7. RECOMENDACIONES .....	101
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>103</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 2.1.: Modelo de vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización ..... 36

## LISTA DE TABLAS

TABLA 3.1. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A LAS FORTALEZAS INTERPERSONALES. ....	49
TABLA 3.2. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR. ....	49
TABLA 3.3. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A LAS FORTALEZAS INTRAPERSONALES. ....	50
TABLA 3.4. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES AL DESEMPEÑO ESCOLAR. ....	50
TABLA 3.5. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A LAS FORTALEZAS AFECTIVAS. ....	51
TABLA 3.6. ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A LAS FORTALEZAS VOCACIONALES. ....	51
TABLA 3.7. PREGUNTAS ABIERTAS BERS-2 ESCALA DE EVALUACIÓN PARA JÓVENES. ....	52
TABLA 4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. ....	64
TABLA 4.2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES. ....	65
TABLA 4.3. COEFICIENTES ALFA PARA BERS-2 ESCALA DE EVALUACIÓN PARA JÓVENES A TRES INTERVALOS DE EDAD. ....	66
TABLA 4.4. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE LAS FORTALEZAS INTERPERSONALES (Fi). ....	67
TABLA 4.5. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR (Pf). ....	69
TABLA 4.7. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE DESEMPEÑO ESCOLAR. ....	72
TABLA 4.8. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE FORTALEZAS AFECTIVAS (Fa). ....	73
TABLA 4.9. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE FORTALEZAS VOCACIONALES (Fv). ....	74
TABLA 4.10. GUÍA PARA INTERPRETAR LOS RESULTADOS DE LA BERS-2 ESCALA DE EVALUACIÓN PARA JÓVENES. ....	76
TABLA 4.11 PROMEDIOS DE LA MUESTRA DEL CMT EN LAS SUBESCALAS DE LA BERS-2 POR GRUPOS DE EDAD. ....	78

## GLOSARIO

ADDH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

BERS: Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento.

BERS-2: Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, 2nda. edición.

CMT: Centro del Muchacho Trabajador

De: Desempeño Escolar.

ENNA: Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia.

Fa: Fortalezas Afectivas.

Fi: Fortalezas Interpersonales.

Fintra: Fortalezas Intrapersonales.

Fv: Fortalezas Vocacionales

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

NNA: Niños, Niñas y Adolescentes.

Pf: Participación Familiar.

SES: Estatus Socioeconómico.

SIISE: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

YRF: Formulario de Autoevaluación para Jóvenes.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se circunscribe dentro de un proyecto madre de investigación, que contribuye en la exploración de la instrumentación utilizada; las propiedades psicométricas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes son realizadas con el objetivo de determinar la variabilidad del instrumento para una población culturalmente diversa como el Ecuador. El objetivo principal del Proyecto Madre, es contribuir con la disminución de la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización en la ciudad de Quito, Ecuador, mediante la identificación de las fortalezas, potencialidades y recursos personales, familiares y del entorno. Dicho proyecto tiene tres componentes: el primero es identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños y niñas en situación de callejización utilizando la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, segunda edición BERS-2; el segundo es realizar una validación convergente de la BERS-2, con la EBF-ROPES (Graybeal, 2001); el tercero, desarrollar una sistematización agregada de vulnerabilidad, oportunidades y fortalezas de niños y niñas en situación de callejización en la ciudad de Quito, Ecuador.

La presente investigación es un análisis de las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito, utilizando la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, 2nda. Edición (BERS-2 por sus siglas en inglés), Escala de Evaluación para Jóvenes. La BERS-2 es una herramienta desarrollada desde un nuevo paradigma en las ciencias sociales, el paradigma de las fortalezas, orientado a determinar las capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones, valores y esperanzas de personas

en situación de vulnerabilidad y no en sus problemas, enfermedades, discapacidad o factores de riesgo. Se evalúan además las propiedades psicométricas de la BERS-2, estableciéndose su idoneidad para medir las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Se concluye planteando lineamientos al Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito, para la elaboración de intervenciones que atiendan la vulnerabilidad de sus beneficiarios.

En el presente capítulo se plantea el problema, se define el objetivo y se establece el carácter innovador del estudio.

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Las evaluaciones tradicionales realizadas a grupos vulnerables han sido dominadas por el paradigma médico hegemónico (Menéndez, 1988), basado en el concepto del proceso de la enfermedad, riesgo, déficit, problemas conductuales o actitudes antisociales (Cowger, 1994; De Jong & Berg, 2012; Graybeal, 2001). El foco de las evaluaciones tradicionales ha sido de una forma o de otra, diagnosticar condiciones patológicas (Cowger, 1994).

En el área de trastornos emocionales y conductuales, están disponibles muchas medidas de -evaluación que documentan patologías, déficits y problemas en niños (Epstein, Harniss, Pearson, & Ryser, 1999; Epstein, Ryser, & Pearson, 2002). La *Revised Behavior Problem Checklist* (RBPC) por ejemplo, es una escala de calificación de problemas de

conducta documentada, en la cual se incluyen 89 ítems de comportamientos problemáticos, que son calificados de acuerdo con una escala de tres puntos (Merrell & Whitcom, 2008).

La *Child Behavior Checklist* (CBCL) se encuentra entre las medidas utilizadas de reporte de padres sobre problemas emocionales y conductuales juveniles tanto en entornos clínicos como de investigación (Ebesutani et al., 2010). El *Teacher's Report Form* (TRF) es un instrumento que sirve para evaluar los problemas de comportamiento de estudiantes y ha sido utilizado para medir la adaptación social de los participantes a través de 113 preguntas, como la dificultad de seguir instrucciones, molestar a sus compañeros e interrumpir la disciplina de clase (Benner, Beaudoin, Mooney, Uhing, & Pierce, 2008). El *Youth Self Report* (YSR), es un instrumento documentado y ampliamente utilizado, cuyo objetivo es valorar las manifestaciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia (Epstein, Mooney, Ryser, & Pierce, 2004; González & Cueto, 2000). Este instrumento consta de dos secciones, en la primera se valora a través de 17 ítems las competencias psicosociales y en la segunda, 16 ítems describen comportamientos socialmente deseables y 96 especifican un gran número de conductas problemáticas (González & Cueto, 2000).

Muchos autores critican la tendencia de este tipo de escalas, ya que han sido diseñadas para detectar la presencia de comportamientos negativos y no los comportamientos positivos o potencialidades de los niños y niñas (Ramsay, Reynolds, & Kamphaus, 2002). En el caso específico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) por ejemplo, la escala más utilizada es la de *Conners* (Grañana et al., 2011), están también la *Escala de Evaluación Integral ACTeRS* (Ullmann, Sleator, & Sprague, 1991), la *SNAP IV* (Goldman,

Genel, Bezman, & Slanetz, 1998), la *ADHD RS-IV* (Servera & Cardo, 2007), la *Vanderbilt ADHD Parent Ratings Scale (VADPRS)* y la *FBB-ADHA*, una escala de valoración alemana basada en la clasificación internacional de las enfermedades, décima edición, (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, cuarta edición DSM IV (Breuer, Görtz-Dorten, Rothenberger, & Döpfner, 2011).

Algunas de estas medidas poseen fuertes propiedades psicométricas y son muy útiles para los fines para los cuáles fueron diseñados como el fomentar el entendimiento del comportamiento de niños y niñas (Epstein, 1999). Aunque la identificación del déficit o debilidades es con frecuencia fundamental, existe un problema potencial en aquellas evaluaciones diseñadas exclusivamente para determinar los déficits. Éstas pueden limitar innecesariamente el alcance y los tipos de información obtenida y pueden enfatizar excesivamente los aspectos negativos y no en los positivos (Reid, Epstein, Pastor, & Ryser, 2000). También pueden dificultar la obtención de información crítica para el desarrollo, implementación y monitoreo de los planes de servicios efectivos (Epstein et al., 2004).

## **1.2 Evaluación Basada en Fortalezas:**

Aunque las evaluaciones tradicionales cumplen el propósito para el cual fueron diseñadas, lo que puede ser más ventajoso en la planificación de las estrategias de prevención e intervención es la evaluación basada en fortalezas (Epstein et al., 1999; Reid et al., 2000; Woodland, Porter, & LeBuffe, 2011). Este es un enfoque relativamente nuevo en el campo de la Salud Pública, pero utilizado ampliamente en las disciplinas de Trabajo Social y la Psicología (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008).

La Evaluación Basada en Fortalezas provee un enfoque holístico para trabajar con programas de intervención con niños y niñas con necesidades emocionales y de comportamiento (Epstein et al., 1999), proporciona además, una base para el desarrollo de las habilidades sociales (Albrecht & Braaten, 2008). Ha sido definida como la medición de las habilidades y competencias emocionales y de comportamiento que crean un sentido de realización personal y contribuyen a obtener relaciones interpersonales satisfactorias (Epstein & Sharma, 1998). Estas habilidades mejoran la capacidad personal para superar la adversidad, el estrés y a la vez promueven el desarrollo personal, social y académico del individuo (Epstein, 2004; Epstein & Synhorst, 2008).

Esta perspectiva ofrece además un conjunto de principios guía, con la premisa fundamental que las personas harán su mejor esfuerzo en el largo plazo cuando se les ayuda a identificar, reconocer y utilizar las fortalezas y recursos en ellos mismos y su entorno (Graybeal, 2001). Demanda que los individuos, familias y comunidad sean vistos a la luz de sus capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones, valores y esperanzas (Saleebey, 1996); se asume que los seres humanos tienen la capacidad de crecer y cambiar (Early & GlenMaye, 2000); que aún el niño más problemático y la familia más disfuncional tienen fortalezas, competencias y recursos que pueden ser utilizados para mejorar su calidad de vida (Epstein, 1999; Saleebey, 1996).

A diferencia de las evaluaciones tradicionales que obstaculizan el ejercicio del poder y refuerzan las estructuras sociales que generan inequidad (Cowger, 1994), la Evaluación

Basada en Fortalezas promueve el empoderamiento de poblaciones vulnerables (Blundo, 2001; Kobin & Tyson, 2006; MacArthur, Rawana, & Brownlee, 2011; Okundaye, Smith, & Lawrence-Webb, 2001; Saleebey, 1996). Promover el empoderamiento implica estimular, ayudar, iluminar, concienciar acerca de las fortalezas disponibles en el individuo y en su ambiente para promover equidad y justicia en todos los niveles de la sociedad (Cowger, 1994). En este sentido, la Evaluación Basada en Fortalezas ayuda a los individuos, familias y comunidades a descubrir y utilizar sus recursos (Saleebey, 1996); a reconocer su auto eficacia y su capacidad personal para inducir el cambio o hacer un impacto en el medio ambiente (Kobin & Tyson, 2006). Promueve que familias se involucren y se vean como actoras en el proceso de encontrar soluciones a los problemas que enfrentan (Cleaver & Walker, 2004).

Muy pocas escalas se han desarrollado para la evaluar las fortalezas, entre ellas se encuentra el *Clinical Assessment Package for Assessing Clients' Risk and Strength* (CASPARS) (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008; Gilgun, 1999). Este es un conjunto de cinco instrumentos de evaluación clínica que toman en consideración tanto fortalezas como riesgos en pacientes (Gilgun, 1999). El *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), desarrollado en el Reino Unido por Robert Goodman en 1997, es el instrumento más ampliamente utilizado para la detección de problemas de salud mental en niños de 4 a 16 años (Aiko & Yoko, 2014; Barriuso-Lapresa, Hernando-Arizaleta, & Rajmil, 2014). La Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento en su versión original (Epstein & Sharma, 1998) y en su segunda edición (Epstein, 2004), es un instrumento que posee fuertes propiedades psicométricas y mide fortalezas en niños, niñas y adolescentes (Epstein, 1999; Epstein et al., 1999; Epstein et al., 2004; Epstein, Nordness, Nelson, & Hertzog, 2002; Epstein, Ryser, et al., 2002).

### **1.3 Propósito del estudio**

El presente estudio tiene como propósito realizar un análisis de las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la Ciudad de Quito - Ecuador, con el propósito de plantear lineamientos que permitan elaborar intervenciones para atender su vulnerabilidad.

### **1.4 Innovación del estudio**

La BERS y la BERS-2 han sido utilizadas en muchas poblaciones y con diferentes propósitos, por ejemplo se ha utilizado para distinguir las habilidades de comportamiento de estudiantes referidos a una disciplina, de los que no lo han sido (Albrecht & Braaten, 2008); para evaluar las fortalezas de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Cosden, Koegel, Koegel, Greenwell, & Klein, 2006); para discriminar entre niños y niñas con Dificultades de Aprendizaje (DA) y Trastornos Emocionales y de Comportamiento (TEC), de los que no los presentan (Reid et al., 2000). Esta es la primera investigación de conocimiento de la autora en dónde se realiza una evaluación de las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Vulnerabilidad y modelos para su medición:

En el presente capítulo se define el concepto de vulnerabilidad y los diferentes modelos desarrollados para su medición. Se aplica además el modelo de los Determinantes Individuales, desarrollado por Ada Rogers (1997) para caracterizar la vulnerabilidad de niños, niñas en situación de callejización.

#### 2.1.1 Vulnerabilidad.

La vulnerabilidad se ha constituido en un rasgo social dominante en América Latina (Pizarro, 2001). Muchos autores han realizado significativos esfuerzos para definirla, pero no existe un explícito consenso de lo que la constituye (Shi & Stevens, 2010). El término vulnerable proviene del latín “vulnerabilis”, e indica la susceptibilidad de ser herido o recibir lesión física o moral (RAE, 2008). La vulnerabilidad suele interpretarse en el sentido de susceptibilidad o potencialidad de enfermedad, lesión o peligro a nivel individual (Philip & Rayhan, 2004) y a características sistémicas, carencias y riesgo, a nivel comunitario (UNISDR, 2009). ¿Qué es vulnerabilidad? Por ejemplo, se refiere al proceso multidimensional, que confluye en el riesgo o probabilidad de que el niño, joven, adulto o persona de tercera edad, hogar o comunidad, sea herida, lesionada o dañada ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas (Armas Hernández, Carreiro Estévez, & Escuela Quintero, 2010).

El término vulnerabilidad por otro lado, se refiere a la exposición a contingencias, estrés y su dificultad para afrontarlos (Philip & Rayhan, 2004). El nivel de vulnerabilidad

depende de varios factores que relacionan por un lado los riesgos de origen natural y social, y por otro la escases de recursos y estrategias que disponen los individuos, hogares y comunidades a estar en una situación de vulnerabilidad (Armas Hernández et al., 2010). Asimismo, la vulnerabilidad tiene dos caras, una cara externa y otra interna de carencia y fortalezas personales e interpersonales para afrontar situaciones adversas (Chambers, 1989). La vulnerabilidad también puede ser definida como la inseguridad en el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades frente a un entorno cambiante (Moser, 2010). Implícito en este concepto está la capacidad de respuesta y capacidad de recuperación, a los riesgos que enfrentan durante tales cambios negativos (Moser, 2010).

El grado de vulnerabilidad esta grandemente afectado por la percepción del individuo (Chambers, 1989; Moser, 2010; Phillips, 1992; Rogers, 1997). Vulnerabilidad es también situacional, una persona que no es particularmente vulnerable a la enfermedad o daño en un entorno específico, podría hacerse altamente vulnerable si se sitúa en un diferente ambiente (Rogers, 1997). Asimismo su vulnerabilidad puede cambiar en las distintas etapas de su vida (Aday, 2002; Rogers, 1997). Por lo tanto, la vulnerabilidad es a menudo contextual, depende de los sistemas sociales, culturales, las tendencias políticas y económicas (Allotey, Verghis, Alvarez-Castillo, & Reidpath, 2012).

El estudio de la vulnerabilidad en Salud Pública define a grupos humanos vulnerables como grupos que han incrementado el riesgo de mala salud física, psicológica y/o social (Aday, 1994, 2002; J. H. Flaskerud & Winslow, 1998; Nyamathi & Koniak, 2007; Rogers, 1997; Shalter, 2005). La evidencia del riesgo diferencial incluye prematura mortalidad,

incremento en la morbilidad, disminución del estado funcional y disminución en la calidad de vida (Allotey et al., 2012; J. H. Flaskerud & Winslow, 1998; J. H. Flaskerud & Winslow, 2010; LaVeist, 2005; Leight, 2003).

Existen grupos que experimentan vulnerabilidad basados en similitudes raciales, étnicas, culturales y situacionales compartidas (Allotey et al., 2012; Nyamathi & Koniak, 2007). Por ejemplo las minorías raciales o étnicas; las personas sin aseguramiento, niños y adultos mayores; las personas con discapacidad, con VIH, con enfermedades crónicas, terminales, o mentales. Asimismo, las personas que abusan del alcohol o de otras sustancias; individuos sin hogar o residentes de áreas rurales; las personas que no hablan el idioma oficial, que tienen otras dificultades en comunicarse y aquellos con un bajo nivel académico (Allotey et al., 2012; Miller & Prosek, 2013; Shi & Stevens, 2010).

Estas poblaciones comparten muchos rasgos comunes y por lo general experimentan una convergencia o interacción de múltiples vulnerabilidades o factores de riesgo (Shi & Stevens, 2010; Shi, Stevens, Lebrun, Faed, & Tsai, 2008). Las minorías raciales y étnicas presentan un peor estado de salud que el promedio de la población. Existe diferencia en la incidencia, prevalencia, mortalidad, carga de enfermedad y otras condiciones adversas para la salud por ejemplo (LaVeist, 2005) y más alta prevalencia de enfermedades mentales y abuso de sustancias (Jacquelyn H Flaskerud & Strehlow, 2008). Asimismo, pacientes con VIH tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de estrés agudo (TEA) (Israelski et al., 2007). Existe además, mayor consumo de tabaco en personas de bajos ingresos (Fleischer, Diez Roux, Alazraqui, Spinelli, & Lantz,

2011); mayor prevalencia de enfermedades crónicas en personas que viven en áreas rurales (Logan, Guo, Dodd, Muller, & Riley Iii, 2013); alta prevalencia de obesidad en adolescentes institucionalizados con problemas de aprendizaje o trastornos emocionales (Trout, Lambert, Nelson, Epstein, & Thompson, 2014), entre otros.

### **2.1.2 Modelos de medición de vulnerabilidad.**

A lo largo de los años, se han desarrollado diferentes paradigmas o modelos para el estudio de las poblaciones vulnerables. Uno de los modelos más conocidos para la medición de la vulnerabilidad es el propuesto por Lu Ann Aday (Aday, 1994, 2002; Wallace, 2005). Este modelo sugiere que los riesgos individuales se deben a falta de ciertos recursos sociales y personales que son esenciales para su bienestar como el estatus social, el capital social y el capital humano (Aday, 1994, 2002). El estatus social se relaciona con condiciones biológicas como edad, género, etnia o raza que conlleva a oportunidades y recompensas socialmente definidas, como prestigio y poder. El capital social es definido como la cantidad y calidad de los lazos interpersonales que una persona, grupo o comunidad posee y el capital humano se refiere a la inversión en el desarrollo y mejoramiento de habilidades y capacidades personales que le permitan actuar de nuevas maneras o aumentar sus contribuciones a la sociedad (Aday, 1994, 2002). La ausencia de estos 3 componentes predisponen a poblaciones a un estado de vulnerabilidad y mayores riesgos en salud.

El segundo modelo, asocia las características de las poblaciones vulnerables con un mal estado de salud y con la elevación del riesgo de mortalidad. Los proponentes de este

modelo llamado Modelo de Comportamiento Individual (Lantz, Golberstein, House, & Morenoff, 2010; Lantz et al., 1998; Lantz et al., 2006), sugieren que existe una alta prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud como tabaquismo, sobrepeso, inactividad física y abuso de sustancias, entre poblaciones vulnerables, lo que incrementa sus tasas de morbilidad y mortalidad (Adler & Newman, 2002; Clarke, O'Malley, Johnston, Schulenberg, & Lantz, 2009; Fukuda, Nakamura, & Takano, 2005; House et al., 2000; Lantz et al., 1998; G. D. Smith, Shipley, & Rose, 1990). Estos comportamientos tienen una clara y directa asociación con problemas específicos de salud como por ejemplo malos hábitos alimenticios e inactividad física con obesidad (Clarke et al., 2009); tabaquismo con cáncer al pulmón (Bunn Jr, 2012; Prasadov, Uchikov, Welker, Wallimann, & Kesime, 2013) y consumo de alcohol con accidentes de tránsito (Bernat, Maldonado-Molina, Hyland, & Wagenaar, 2013; WHO, 2011). Estas poblaciones vulnerables tienen mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo para la salud por la inseguridad social en la que viven, como por ejemplo ausencia de relaciones y apoyos sociales; pérdida del sentido de la experticia y falta de control; baja autoestima, estrés crónico y agudo en la vida y en el trabajo (Lantz et al., 1998). Estos factores psicosociales generan estrés que los conducen a comportamientos poco sanos (Shi & Stevens, 2010).

Un tercer modelo explica la razón por la que las características de vulnerabilidad individuales se asocian con un mal estado de salud, es el Modelo del Estatus Socioeconómico (SES) Individual (Blane, 1995; G. D. Smith et al., 1990). Este modelo afirma que los patrones de mortalidad y morbilidad están determinados por factores socioeconómicos como educación, ingresos, situación laboral, riqueza y clase social (Lantz et al., 2010; G. D. Smith et

al., 1990). Es un modelo parecido al propuesto por Lantz 1998, ya que el mal estado de estado de salud de las personas de SES bajo, es en gran parte por la alta prevalencia de comportamientos de riesgo (Lantz et al., 1998).

Este modelo resalta como los hombres y mujeres de SES alto, expresados en términos de ingresos, educación, clase social, tienden a tener mejor salud que otros miembros de su sociedad (Blane, 1995; Stewart Williams, Cunich, & Byles, 2013). La posición socioeconómica es teóricamente la “causa fundamental” de la salud, por lo que un mayor estatus socioeconómico confiere los recursos intrapersonales, interpersonales y contextuales necesarios para producir y mantener la salud durante toda la vida (Adler & Newman, 2002; Lantz et al., 2010).

Asimismo, la probabilidad de que un individuo sea expuesto a múltiples factores de riesgo para su salud durante toda la vida, está influenciada poderosamente por la posición social (Power & Matthews, 1997). Estudios longitudinales han demostrado una relación inversa entre la posición socioeconómica con morbilidad y mortalidad (Blane, 1995; Lantz et al., 1998; Mohai, Lantz, Morenoff, House, & Mero, 2009; Power & Matthews, 1997; Stewart Williams et al., 2013). Las personas de estratos sociales más bajos tienen un mayor riesgo de problemas de salud entre otras razones, debido a que están expuestas a mayores riesgos laborales y ambientales y porque tienen un menor acceso a los servicios de salud preventiva y curativa (Lantz et al., 1998).

Un cuarto modelo utilizado para la medición de la vulnerabilidad es el Modelo de Recursos Sociales Comunitarios, propuesto por Jackeline Flaskerud y Betty Winslow en 1998 (J. H. Flaskerud & Winslow, 1998; Leight, 2003; Wallace, 2005). Este modelo afirma que la conceptualización de los grupos vulnerables requiere de una perspectiva de salud comunitaria en vez de un enfoque individual. El modelo se centra en la responsabilidad de la comunidad de ofrecer las oportunidades y los recursos necesarios a sus ciudadanos, para que puedan obtener y mantener su salud (J. H. Flaskerud & Winslow, 1998).

En este modelo se propone que la disponibilidad de recursos, el riesgo relativo y el estado de salud de la población están relacionados (J. H. Flaskerud & Winslow, 1998; Leight, 2003; Wallace, 2005). La disponibilidad de recursos es visto como la disponibilidad de los recursos socioeconómicos y ambientales (Leight, 2003; Shi & Stevens, 2010). El riesgo relativo se considera la relación entre el riesgo de problemas de salud entre los grupos que no reciben los recursos y están expuestos a factores de riesgo en comparación con los grupos que reciben recursos y no están expuestos a estos factores de riesgo (Aday, 1994, 2002; Leight, 2003). El estado de salud de la comunidad es la prevalencia de la enfermedad y tasas de morbilidad y mortalidad (López Pardo, 2007). Por ejemplo, las personas que viven en áreas rurales tienen menos disponibilidad de recursos socioeconómicos y mayor riesgo relativo por lo que presentan un peor estado de salud (Leight, 2003) lo mismo sucede con las personas sin hogar (Jacquelyn H Flaskerud & Strehlow, 2008; J. H. Flaskerud & Winslow, 1998)

Un quinto modelo de vulnerabilidad es el Modelo de Exposición Ambiental Comunitaria. Este modelo contempla el rol potencial de la comunidad en generar

vulnerabilidad a través de exposiciones ambientales perjudiciales para la salud. Parte de la premisa que las comunidades de estatus socioeconómico más bajo tienen entre otros factores de riesgo, niveles más altos de exposiciones ambientales perjudiciales (Power & Matthews, 1997). Por ejemplo, residentes de viviendas en mal estado en zonas marginales de grandes ciudades, tienen mayores exposiciones a altos niveles de plomo proveniente de la pintura (Laurer et al., 1973) y residentes de comunidades rurales de algunos países pobres tienen una alta exposición a contaminación ambiental industrial (Omanga, Ulmer, Berhane, & Gatari, 2014).

Finalmente el modelo denominado de los “Determinantes Individuales”, desarrollado por Ada C. Royers en 1997, identifica a grupos específicos de la población como más vulnerables que otros, debido a sus características inherentes e individuales, tales como edad, género, raza o etnia, apoyo social, educación, ingresos y cambios en la vida (Rogers, 1997).

De acuerdo con este modelo, la edad es un factor determinante de la vulnerabilidad ya que los niños y niñas son una población vulnerable solamente por el hecho de serlo. Al estar en un proceso dinámico de crecimiento y desarrollo tienen características que los hacen más propensos que los adultos a los factores de riesgo (Briceño Ayala & Pinzón Rondón, 2004); éstos experimentan una convergencia o interacción de múltiples características de vulnerabilidad o factores de riesgo (Shi & Stevens, 2010). Los bebés y los niños son considerados como muy vulnerables ya que suelen ser totalmente dependientes de otros para su cuidado y son incapaces de hablar en favor de sus propias necesidades (Rogers, 1997).

Esta dependencia de padres, hogares y comunidad para la satisfacción de sus necesidades básicas pone a los niños en mayor riesgo de pobreza (Roelen, Gassmann, & de Neubourg, 2009) y de experimentar peores resultados de salud (Allotey et al., 2012). Los niños y niñas constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad a los procesos de ajuste, a su vez son un grupo altamente vulnerable a los efectos secundarios de acumulación de riqueza/empobrecimiento, tales como el aumento de la violencia (Llobet, 2005).

## **2.2 Vulnerabilidad y Niñez Ecuatoriana**

A pesar del proceso de transición demográfica, en el Ecuador, la población infantil continua siendo significativa. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, la población ecuatoriana está conformada por 14.483.499 habitantes, de los cuáles el grupo de 0 a 17 años corresponde al 37.27% de la población, que representa 5.398.000 niños, niñas y adolescentes (SIISE, 2012). El 58.67% de los hogares ecuatorianos cuentan con menores de edad, de los cuales 3.388.324 residen en áreas urbanas y 2.009.675 en áreas rurales (INEC, 2010), lo que indica que más del 60% de menores de 17 años viven en áreas urbanas. El proceso de urbanización en el país ha marcado la población infantil según etnia; los niños y niñas afrodescendientes son mayoritariamente urbanos (76%), mientras que las poblaciones indígenas continúan caracterizándose por la alta presencia en las zonas rurales (83%) (ODNA, 2012).

Con relación a la pobreza de niños, niñas y adolescentes, la pobreza infantil a nivel nacional ha disminuido de un 72% en el año 2000, a un 43% en el año 2010. Lo mismo ha ocurrido con la pobreza extrema que ha descendido de un 47% en el año 2000, a un 18% en el

año 2010 (ODNA, 2010), 60.5% de niños, niñas y adolescentes son pobres (NBI) y 29.32% viven en extrema pobreza (NBI) (INEC, 2010). La Primera Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia (ENNA) realizada en 2010, determinó que el maltrato infantil es uno de los problemas infantiles más críticos en el Ecuador (ODNA, 2010). Se entiende por maltrato a toda conducta, acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente (Asamblea Nacional, 2012; Leeb, 2008; OMS, 2010; Perea-Martínez et al., 2001; M. Smith & Segal, 2014).

De acuerdo con los datos obtenidos en la ENNA 2010, el 78% de niños, niñas y adolescentes en el Ecuador sufren maltrato infantil, 44% en forma de maltrato extremo, 31% en forma de maltrato culturalmente aceptado y el 3% en forma de indiferencia (ODNA, 2012). En la ENNA 2010 se señala además que el 30% de los niños, niñas y adolescentes recibe un trato violento y castigador en la escuela (ODNA, 2010). Por otro lado, la tercera causa de muerte y la cuarta de egresos hospitalarios en niños menores de cinco años se relacionan con accidentes por negligencia en el cuidado y/o violencia doméstica (ODNA, 2012). En el 2011 se reportaron 32 homicidios correspondieron a menores de 14 años (INEC, 2011a). Los datos demuestran que el maltrato infantil es una práctica generalizada en el país (SENPLADES, 2013) y la forma de relacionamiento que prima entre adultos y niños (ODNA, 2012).

La tasa de mortalidad infantil en el 2012 fue de 23 x 1000 nacidos vivos (UNICEF, 2014). Entre las principales causas de muerte en la población infantil son las infecciones respiratorias, infecciones intestinales y desnutrición, es decir, enfermedades prevenibles. En 2011, 63 niños, niñas y adolescentes  $\leq$  14 años murieron por deficiencias nutricionales y

anemias nutricionales (INEC, 2011b). De acuerdo al MSP el problema nutricional más significativo en Ecuador es la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años (MSP, 2013). La desnutrición crónica en la población preescolar ha registrado una disminución modesta en casi un cuarto de siglo, al pasar de 40.2% en 1986 a 25.3% en 2012, es decir una disminución absoluta de 15 puntos porcentuales en 26 años. El 15% de la población escolar 1 – 5 años, presenta desnutrición crónica, donde la población indígena es la más afectada, siendo casi tres veces más alta (36.5%) con respecto de los demás grupos étnicos del país. El 19.1% de la población adolescente (12 – 19 años) presenta desnutrición crónica (Freire, Ramírez, Belmont, Mendieta, & Silva, 2013).

En cuanto a la situación de la educación, la tasa de asistencia de las edades comprendidas entre 5 y 14 años aumentó del 85,1% en el 2001 al 94,2% en el 2010 (SIISE, 2012). A pesar de éstos datos, el 6,76% de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años no trabajan ni estudian, el 2,79% trabajan y estudian y el 3,15% trabajan y no estudian (INEC, 2012). Mientras en el 2001, 3 de cada 10 niños, niñas y adolescentes entre 8 a 17 años trabajaba, actualmente, 1 de cada 10 lo hace (ODNA, 2012), actualmente a nivel nacional, hay 67.263 niños, niñas y adolescentes entre 15 y 18 años que son parte de la población económicamente activa (INEC, 2013).

La pobreza, el maltrato, la mortalidad por causas prevenibles, la malnutrición, la exclusión escolar y muchas otras más, son situaciones en las que se refleja la vulnerabilidad de miles de niños, niñas y adolescentes ecuatorianos.

### **2.3 Niños y niñas en situación de callejización y su vulnerabilidad**

Los niños y niñas en situación de callejización son considerados una población vulnerable (Acosta Ruiz, 2002; Ali & De Muynck, 2005; Bal, Mitra, Mallick, Chakraborti, & Sarkar, 2010; Eloff, Ebersöhn, & Viljoen, 2007; Wallace, 2005) . Es uno de los problemas más alarmantes de la niñez a nivel mundial (Gurrola & Peña, 1998). La cifra es de alrededor de decenas de millones en todo el mundo (Pinheiro, 2006), y una porción significativa de la población juvenil de algunos de los países más poblados del mundo vive o trabaja en las calles (Pluck, 2014). Estos niños han sido clasificados de diferentes maneras, la más amplia categorización divide a los niños en dos grupos: niños de la calle y niños en la calle (Hutz & Koller, 1999). Los niños de la calle son aquellos que viven y duermen solos en la calle y no tienen ningún contacto familiar y también aquellos que pasan la mayor parte del día en la calle, pero mantienen contacto con la familia y generalmente regresan a sus casas para dormir (Brasesco, 2011; Hutz & Koller, 1999; Murray et al., 2012; Ortiz Guitart, 2008).

Los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables (Rana & Chaudhry, 2011), a la violencia física, emocional y sexual (Bal et al., 2010; Gómez, de la Luz Sevilla, & Álvarez, 2008; Iqbal, 2008; Pinheiro, 2006). El modelo de determinantes Individuales, desarrollado por Ada C. Royers en 1997, identifica a grupos específicos de la población como más vulnerables que otros, debido a sus características inherentes e individuales, tales como edad, género, raza o etnia, apoyo social, educación, ingresos y cambios en la vida, así vemos como muchos de ellos sufren discriminación, exclusión social y estigmatización (Aptekar, 1989; le Roux & Smith, 1998; Murray et al., 2012; ONU, 2000; Thomas de Benítez, 2011); así como explotación sexual y laboral (Balachova, Bonner, & Levy, 2009; Iqbal, 2008). Carecen

de acceso a los servicios básicos y necesarios para una vida digna (OMS, 2010), por ejemplo un nulo o limitado acceso a servicios de salud (Ali & De Muynck, 2005; Murray et al., 2012; ONU, 2000) y un limitado acceso a una educación de calidad (Pinzon-Rondon, Koblinsky, Hofferth, Pinzon-Florez, & Briceno, 2009).

Adicionalmente, los niños y niñas en situación de callejización ejercen su sexualidad en condiciones inseguras (Gómez et al., 2008), lo que conlleva un mayor riesgo de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (Ataei, Tayeri, Kassaian, Farajzadegan, & Babak, 2010; Bal et al., 2010; Karmacharya et al., 2012). Las deficiencias en su desarrollo traen como consecuencia enfermedades de tipo infeccioso, enfermedades respiratorias, desnutrición y bajo rendimiento escolar (Gurrola & Peña, 1998; Pluck, 2013). Estos niños y niñas se encuentran además en riesgo de problemas psicosociales como el consumo de alcohol y drogas (Bal et al., 2010; Brasesco, 2011; Gómez et al., 2008; Jansen, Richter, Griesel, & Joubert, 1990; Naik, Gokhe, Shinde, & Nirgude, 2011; Olgar, Dindar, Ertugrul, Omeroglu, & Aydogan, 2008); de sufrir depresión/ansiedad (Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-Nejad, & Moghadam, 2007; Dahlman, Bäckström, Bohlin, & Frans, 2013; Murray et al., 2012); y de tener un menor rendimiento cognitivo que la media nacional (Pluck, 2013; Richter, 1996).

Datos sobre niños de la calle en América Latina sugieren que esta población está expuesta a riesgos ambientales, biológicos, químicos, ergonómicos y psicosociales (Pinzon-Rondon et al., 2009). Entre los riesgos ambientales están la radiación solar, el polvo, el ruido y las inclemencias climáticas; entre los biológicos, están las enfermedades infecciosas y el contacto con animales enfermos; entre los riesgos químicos, está la exposición a

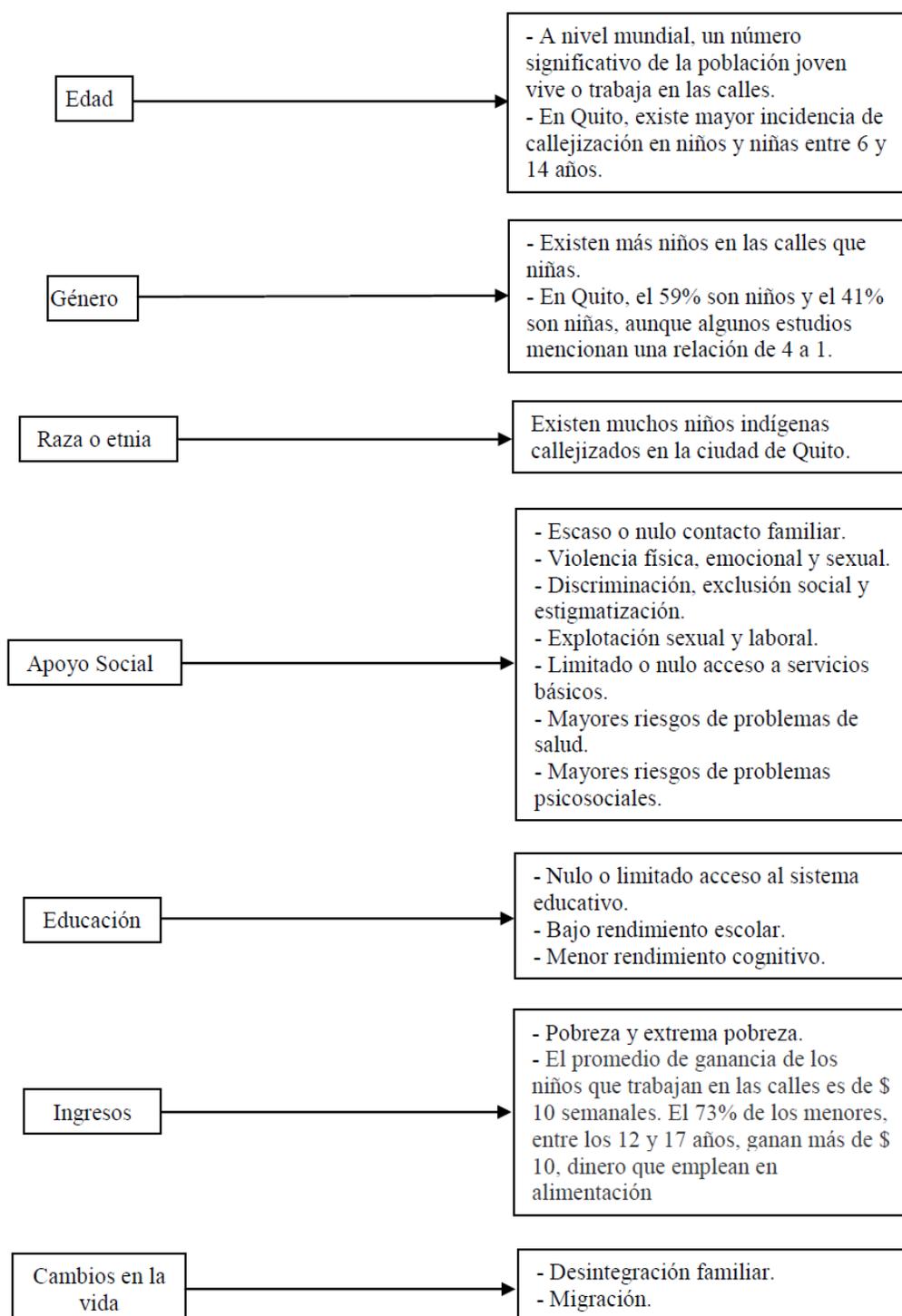
contaminantes ambientales; entre los ergonómicos, lidiar con pesadas cargas, largas horas de pie, movimientos repetitivos y el uso excesivo de voz; y factores de riesgo psicosociales, como la violencia, el abuso sexual, la persecución por las autoridades, la exposición a traficantes de drogas y otros elementos (Pinzón-Rondón, 2009). Estos niños viven o están en las calles por diversas razones, entre ellas la adicción al alcohol y drogas por parte de sus padres, disfuncionalidad familiar, supervivencia dentro de los círculos de miseria, maltrato infantil, abuso sexual y negligencia (Balachova et al., 2009; Gómez et al., 2008; Iqbal, 2008; Murray et al., 2012; Rana & Chaudhry, 2011).

La siguiente figura presenta el modelo de vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización basado en los “Determinantes Individuales” de A. Rogers (Rogers, 1997). En dicho modelo se destaca cada uno de los elementos y los indicadores asociados que demuestran su vulnerabilidad.

Se observa que en edad, los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables debido a la alta incidencia de menores de edad en las calles. Su vulnerabilidad a la callejización se incrementa por su género; su raza o etnia también los hace vulnerables a la callejización. Con respecto a apoyo social, los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables porque tienen un escaso o nulo contacto familiar; son víctimas de violencia física, emocional y sexual; de discriminación, exclusión social y estigmatización; de explotación sexual y laboral; tienen un limitado acceso a servicios básicos, mayores riesgos de problemas de salud y de problemas psicosociales.

Con respecto a educación, los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables porque poseen un escaso o nulo acceso al sistema educativo y un bajo rendimiento escolar y cognitivo. En relación a ingresos, los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables por la pobreza y extrema pobreza en la que viven. En relación a cambios en la vida, los niños y niñas en situación de callejización son vulnerables debido a que muchos de ellos son producto de desintegración familiar y de procesos migratorios.

Gráfico 2.1. Modelo de Vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización.



### III. METODOLOGÍA

El presente estudio se circunscribe dentro de un proyecto madre de investigación, que contribuye en la exploración de la instrumentación utilizada; las propiedades psicométricas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes son realizadas con el objetivo de determinar la variabilidad del instrumento para una población culturalmente diversa como el Ecuador. El objetivo principal del Proyecto Madre, es contribuir con la disminución de la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización en la ciudad de Quito, Ecuador, mediante la identificación de las fortalezas, potencialidades y recursos personales, familiares y del entorno. Dicho proyecto tiene tres componentes: el primero es identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños y niñas en situación de callejización utilizando la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, segunda edición BERS-2; el segundo es realizar una validación convergente de la BERS-2, con la EBF-ROPES<sup>1</sup> (Graybeal, 2001); el tercero, desarrollar una sistematización agregada de vulnerabilidad, oportunidades y fortalezas de niños y niñas en situación de callejización en la ciudad de Quito, Ecuador.

En el presente capítulo se plantean los lineamientos metodológicos que orientan el presente trabajo de investigación. Se definen los objetivos, el método, el tipo de estudio, el plan de implementación y el análisis de los datos.

---

<sup>1</sup> ROPES es un modelo de evaluación basado en fortalezas, desarrollado por Clay Graybeal en 2001. Es un acrónimo de los componentes del modelo: Recursos, Oportunidades, Posibilidades, Excepciones y Soluciones

### **3.1 Objetivos**

Los objetivos detallados a continuación están insertados dentro del Proyecto Madre de investigación y tienen una intención exploratoria de este proyecto de titulación con respecto al proyecto madre.

#### **3.1.1 Objetivo General.**

Realizar un análisis de las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao en la Ciudad de Quito - Ecuador, con el propósito de plantear lineamientos que permitan elaborar intervenciones para atender su vulnerabilidad.

#### **3.1.2 Objetivos específicos.**

1. Establecer la confiabilidad de consistencia interna en los resultados de la aplicación de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes a una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao, en la ciudad de Quito, Ecuador.
2. Generar evidencia sobre la validez de contenido de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes, a través de la medición del poder discriminativo de los ítems.

3. Identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento de una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador y la probabilidad de presentar trastornos emocionales y de conducta.
4. Plantear lineamientos que permitan al Centro del Muchacho Trabajador elaborar intervenciones para atender la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización en la ciudad de Quito, Ecuador.

### **3.2 Método**

La presente es una investigación cuantitativa transversal, con un solo momento de recolección de datos en el primer trimestre del 2014.

### **3.3 Tipo de estudio**

El presente es un estudio de caso de una población de niños y niñas en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao en la ciudad de Quito.

El Centro del Muchacho Trabajador (CMT), “Una Familia de Familias”, fue fundado en 1964 por el Sacerdote Jesuita Juan Halligan con el objetivo de atender a 200 niños lustrabotas de la ciudad de Quito, que no estuvieran vinculados a la delincuencia y que mantuvieran un vínculo familiar (Calle, 2007). En 1967 la orden de las Hermanas de la Caridad de la Bienaventurada Virgen María envió a la Madre Miguel Conway B.V.M. a cogestionar este proyecto, quien permanece hasta el día de hoy en la institución como Co-Directora General (Rodríguez, Duhalde, & Rojas, 2008).

Debido a que el CMT se trazó desde un inicio el objetivo de sacar a los niños trabajadores y a sus familias de la pobreza mediante la educación como estrategia, se creó en 1968, la escuela primaria (Calle, 2007). En los primeros años se ofrecieron también los servicios de alimentación, formación técnica, atención médica y dental, baño diario, dormitorio para varones y biblioteca (Calle, 2007).

Actualmente el CMT cuenta en el área educativa con un centro infantil para niños y niñas menores de 5 años, escuela primaria en 4 jornadas, ciclo básico técnico artesanal en 9 especialidades, bachillerato técnico IRFEYAL y alfabetización para adultos; en el área de salud y nutrición cuenta con atención médica, atención odontológica, servicio de laboratorio clínico, el programa “Gota de Leche” y alimentación diaria; en el área de formación laboral cuenta con el programa de formación de promotoras de salud, capacitación para adultos, emprendimiento microempresarial, ubicación laboral, talleres de producción y de servicios (Calle, 2007). Además se realizan actividades de recreación y mingas comunitarias (Rodríguez et al., 2008).

El CMT es un programa de formación cristiana que trabaja en el fomento de diez valores fundamentales que posibilitan acciones de autogestión y superación en las vidas de los beneficiarios (Calle, 2007). Estos valores son: la lealtad, la formación personal, la familia, la religión, la instrucción, la economía, el trabajo, el recreo, la salud y la vivienda (Rodríguez et al., 2008). El ahorro es y ha sido un eje transversal de formación extracurricular y un requisito para ser parte del CMT(Calle, 2007).

Para el CMT, el trabajo es un valor y el trabajo infantil es considerado un derecho (Rodríguez et al., 2008). Los egresados del CMT identifican su experiencia en el Centro como la oportunidad de mejorar, de aprender a vivir y de formación, lo que da como resultado que, sea cual sea su posición económica y social actual, revaloricen su origen de niños trabajadores en cualquier espacio al que accedan (Calle, 2007). El CMT considera al trabajo infantil como un valor para salir de la pobreza, validando la participación de niñas, niños y adolescentes como fuerza económica y reforzando al trabajo como espacio de aprendizaje (Pico & Sánchez, 2010).

Los egresados del CMT han expresado haber tenido un mejoramiento en sus condiciones de vida, luego de su paso por la institución. En relación la vivienda, antes de ingresar al CMT el 60.30% de los encuestados vivía en cuarto, luego de egresar de la institución la cifra descendió al 2.90%. Antes de ingresar al CMT el 7.50% ocupaba departamento, al egresar este porcentaje subió a 24.70%. Al ingreso, el 29.90% de los egresados residía en casas, luego ocupa este tipo de vivienda el 71.30% (Calle, 2007). En relación a acceso a servicios básicos, los egresados expresaron haber tenido un incremento significativo. Antes de ingresar al CMT el 95.40% contaba con servicio de luz eléctrica, al egresar el porcentaje ascendió al 99.40%. Al ingreso al CMT el 60.90% de los encuestados tenía servicio de agua potable en forma permanente, al egreso, el porcentaje ascendió a 96.60%. Antes de ingresar al CMT el 73% habitaba en inmuebles con servicio de alcantarillado, luego de egresar, el acceso a este servicio fue del 86.20%. Antes de ingresar al CMT, el 6.30% tenía agua caliente en sus hogares, actualmente tienen acceso a este servicio

el 57.50% de los egresados. Al ingreso al CMT el 12.10% contaba con línea telefónica, porcentaje que llega al 59.20% en la actualidad (Calle, 2007).

En relación a empleo, el 95.20% de los hombres y el 83.50% de mujeres que han egresado del CMT están trabajando en la actualidad. En relación a la protección social, el 46% de los egresados que tiene trabajo está afiliado al IESS, el 12.10% tiene seguro privado, el 6.30% tiene seguro municipal y el 33.30% no tiene ningún tipo de seguridad. En relación al uso de los servicios de salud, el 56.90% de los egresados acude a los servicios estatales para atención en prevención de salud. Por enfermedad el 43.10% acude a los hospitales públicos y el 39.10% al IESS. Los servicios de salud municipales son requeridos por el 10.90% de los egresados y el 12.90% acude a los servicios comunitarios (Calle, 2007).

En relación a ingresos, el 42.5% supera al ingreso mínimo definido por el INEC con base en el costo de la canasta básica y el 55.1% de los egresados tiene un ingreso mensual inferior. En relación a capacidad de ahorro, El 38.50% de los egresados tiene cuenta en una cooperativa de ahorro: el 36.10% de los hombres y el 40.70% de las mujeres. En relación a educación, el 64.40% de los miembros del CMT siguió otros estudios una vez que concluyó su formación en el CMT, entre ellos 66.30% son hombres y 62.60%, son mujeres. En relación con las tendencias de ramas de estudio, las mujeres se han inclinado por especializarse en las carreras técnicas seguidas en el CMT. En el caso de los hombres el 20.60% sacó su título de Bachiller Técnico, el 23.80% de Técnico Artesanal (Calle, 2007).

Lo anteriormente mencionado permite concluir que el enfoque integral y familiar de los programas ofrecidos por el CMT a niños, niñas y adolescentes trabajadores de la ciudad de Quito, ha contribuido con el mejoramiento de su calidad de vida, su éxito laboral y la superación de la pobreza términos generacionales.

### **3.4 Plan de implementación**

#### **3.4.1 Población objetivo.**

El estudio se realizó con 20 niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao, durante los meses de enero y febrero de 2014, en los y las que se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Niños, niñas y adolescentes entre 10 y 17 años.
- Niños, niñas y adolescentes que sepan leer y escribir.
- Niños, niñas y adolescentes que estudien en el Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao en la ciudad de Quito, Ecuador.
- Niños, niñas y adolescentes que tengan una carga laboral de por lo menos dos horas diarias.
- Niños, niñas y adolescentes que independientes o autosuficientes.
- Niños, niñas y adolescentes que mantengan un vínculo familiar.

Criterios de exclusión:

- Niños, niñas y adolescentes menores de 10 años o mayores de 17.
- Niños, niñas y adolescentes que no sepan leer ni escribir.

- Niños, niñas y adolescentes que no estudien en el Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito, Ecuador.
- Niños, niñas y adolescentes que no tengan ninguna carga laboral.
- Niños, niñas y adolescentes dependientes o que necesiten alguna asistencia especial.
- Niños, niñas y adolescentes que no tengan un vínculo familiar.

### **3.4.2 Número de participantes.**

La muestra del proyecto madre tiene un número de más de 400 participantes. En la presente investigación, se reclutaron 20 niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador en Cotacollao en la ciudad de Quito, en primer lugar, porque estudios de niños y niñas en situación de vulnerabilidad, han utilizado muestras similares. Por ejemplo cerca de 20 niños en situación de callejización en un estudio en la ciudad de Mekele, Etiopía para determinar la oferta de los servicios públicos y privados con los que cuentan (Wells-Bogue, 2013); 24 niños y niñas en la ciudad de Concepción Chile para determinar las relaciones dialécticas antagónicas entre la cultura escolar y la cultura familiar de niños y niñas en contextos vulnerables (Muñoz, Ajagan, Saéz, Cea, & Luengo, 2013); 20 niños y niñas en situación de callejización en la ciudad de México, para determinar su vulnerabilidad (Gómez et al., 2008); y 26 niños y niñas en la ciudad de Lahore, Pakistan para determinar los factores que contribuyen a su callejización (Iqbal, 2008), entre otros. En segundo lugar, se utilizó este número de participantes porque la muestra tiene la intencionalidad de prueba de instrumentación.

### **3.4.3 Recurso en Instrumentación.**

#### ***3.4.3.1 La BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes.***

El instrumento utilizado en la presente investigación es La Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento Segunda Edición BERS-2 (por sus siglas en inglés), Escala de Evaluación para Jóvenes. La Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento original (BERS) fue desarrollada para proveer de un instrumento estandarizado, confiable y válido para medir fortalezas (Epstein, 1999).

La BERS fue normatizada con una muestra representativa a nivel nacional de 3,037 niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años de edad, 861 con trastornos emocionales y de conducta y 2,176 sin ellos (Epstein, 1999). Profesores, psicólogos, trabajadores sociales y padres fueron entrevistados; la muestra de niños y niñas sin desórdenes emocionales y de comportamiento, fue encontrada representativa a escala nacional en términos de región geográfica, género, raza/etnia, ingresos familiares y nivel educacional de los padres (Epstein, 1999).

La validación del contenido de la BERS se realizó mediante un estudio piloto con 3 componentes. El primer componente tuvo el propósito de seleccionar el contenido de la escala, el segundo determinar la habilidad de la escala para discriminar o diferenciar a grupos o individuos y el tercero, reducir aún más el número de declaraciones e identificar los principales tipos de fortalezas, a través de un análisis factorial (Epstein, 1999, 2004).

Para determinar la confiabilidad de la BERS, se realizaron dos estudios con 59 estudiantes de una institución de educación especial en los suburbios del noreste de Chicago, diagnosticados con trastornos emocionales y de comportamiento (Epstein et al., 1999). En el primer estudio se investigó la confiabilidad de Test-Retest en un periodo de dos semanas, con el propósito de determinar la estabilidad de la medida en el tiempo; en el segundo, se investigó la Confiabilidad Inter – Evaluadores. Los coeficientes de confiabilidad en cada estudio fueron superiores a 0,80, y en la mayoría de los casos por encima de 0,90 (Epstein et al., 1999).

Además de la validación de contenido, se realizaron estudios de validez concurrente y validez de constructo (Epstein & Sharma, 1998), en los que se determinó que la BERS posee adecuada validez para medir las fortalezas emocionales y de comportamiento (Trout, Ryan, La Vigne, & Epstein, 2003b). Los estudios realizados han demostrado que la BERS posee fuertes propiedades psicométricas y no discrimina sobre la base de raza o etnia (Epstein et al., 1999).

Luego de la publicación de la BERS original y como resultado de la retroalimentación realizada por padres y profesionales, se decidió desarrollar la Escala de Evaluación para Padres, la Escala de Evaluación para Jóvenes e incluir una subescala suplementaria sobre fortalezas vocacionales (Epstein, 2004).

La validación de contenido de las cinco afirmaciones de la subescala complementaria de Fortalezas Vocacionales fue un proceso que involucró la revisión de literatura existente, la revisión de instrumentos de evaluación existentes, la consulta a expertos y el análisis estadístico comprobatorio (Epstein, 2004).

Para determinar el Poder Discriminativo de los ítems de la BERS-2, se utilizó el Índice de Discriminación basado en el coeficiente de correlación de Pearson (Backhoff Escudero, Larrazolo Reyna, & Rosas Morales, 2000). La magnitud de la mediana del coeficiente de discriminación de cada ítem en todos los casos fue mayor a 0.35 (Epstein, 2004).

Se estableció además, el Funcionamiento Diferencial de los Ítems, es decir los ítems que reflejan una ejecución diferencial de personas igualmente capaces, pero miembros de diferentes grupos demográficos (Padilla, González, & Pérez, 1998), utilizando la regresión logística de Swaminatan y Rogers (Swaminathan & Rogers, 1990). Los resultados permiten concluir que la BERS-2 contiene poco sesgo en relación a raza o etnia (Epstein, 2004)

Posteriormente se realizaron dos estudios para determinar la validez de criterio predictivo de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. El primer estudio, correlacionó las puntuaciones de las subescalas y el Índice de Fortalezas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, con la puntuación compuesta de la *Social Skills Rating System (SSRS) Student Form*, nivel secundario grados del 7 al 12 (Epstein, 2004). En este estudio se determinó que existe una alta correlación positiva entre ambos instrumentos (Epstein et al., 2004).

El Segundo estudio correlacionó la puntuación estándar de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes con la puntuación de las subescalas de patologías y la puntuación compuesta del *Youth Self Report (YSR)* (Epstein, 2004). El estudio determinó que el Índice de

Fortalezas y las seis subescalas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, están moderadamente correlacionadas negativamente con las subescalas del *Youth Self Report* (Epstein et al., 2004). Un tercer estudio se realizó para determinar la confiabilidad de la BERS-2 Escala de Evaluación para jóvenes, en el que se encontró que los coeficientes de confiabilidad de Test – Retest durante un período de una semana, fueron todos sobre 0.80 (Epstein et al., 2004).

La validez de constructo de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, fue demostrada a través de un proceso de tres etapas. En la primera etapa se identificaron los constructos o características que se presumía, contribuían con el rendimiento de la prueba; en la segunda, se generaron hipótesis basadas en los constructos identificados; y en la tercera, las hipótesis fueron verificadas por métodos lógicos o empíricos (Epstein, 2004). El BERS mide con 52 ítems las siguientes fortalezas:

- Fortalezas Interpersonales (Fi).
- Fortalezas Intrapersonales (Fintr)
- Fortalezas Afectivas (Fa).
- Participación Familiar (Pf).
- Desempeño Escolar (De) (Epstein, 1999; Epstein et al., 1999; S. Rudolph & M. Epstein, 2000).

Las Fortalezas Interpersonales son las que miden la capacidad del niño/niña para regular y controlar sus emociones y comportamientos en su relacionamiento con los demás

(Epstein, 1999; S. Rudolph & M. Epstein, 2000). Los enunciados que miden las Fortalezas Interpersonales en la Escala son los siguientes:

**Tabla 3.1. Enunciados correspondientes a las Fortalezas Interpersonales**

<b>No. de Ítem</b>	<b>Enunciado</b>
10	Puedo manejar mi enojo en forma apropiada.
12	Si hago daño o lastimo los sentimientos de otros, pido disculpas.
16	Cuando mis sentimientos están heridos reacciono con calma.
17	Pienso en lo que podría pasar antes de decidir lo que voy a hacer.
18	Acepto críticas.
28	Acepto la responsabilidad de mis propios actos.
30	Cuando pierdo en un juego lo acepto.
33	Se escuchar a otras personas.
35	Cuando me equivoco lo admito.
37	Puedo aceptar un “no” por respuesta.
43	Respeto los derechos de los demás.
44	Comparto mis cosas con otros.
46	Pido disculpas cuando me equivoco.
49	Soy amable con las personas
50	Uso el lenguaje apropiado

**Nota.** Fuente: Epstein, M. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

La Participación Familiar evalúa la calidad de la relación del niño/niña con su familia, además su participación en las actividades familiares (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008; S. M. Rudolph & M. H. Epstein, 2000). Los enunciados de la Escala que se relacionan con este dominio son los siguientes:

**Tabla 3.2. Enunciados correspondientes a la Participación Familiar**

<b>No. de Ítem</b>	<b>Enunciado</b>
1.	Mi familia me hace sentir querido.
2.	Confío mucho al menos en una persona.
4	Participo en actividades comunitarias.
7.	Me llevo bien con mi familia
11.	Platico con mis padres sobre mi conducta en casa.
15.	Me llevo bien con mis padres.
19.	Participo en actividades religiosas.
36.	Participo en actividades familiares.
45.	Obedezco las reglas de la casa.

**Nota.** Fuente: Epstein, M. H. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

Las Fortalezas Intrapersonales: Son las que tienen que ver con la percepción de su competencia y los logros (Epstein et al., 1999; S. M. Rudolph & M. H. Epstein, 2000). A continuación los enunciados de la Escala, relacionados con las Fortalezas Intrapersonales:

**Tabla 3.3. Enunciados correspondientes a las Fortalezas Intrapersonales**

No. de Ítem	Enunciado
5.	Creo en mí mismo.
8.	Tengo sentido del humor.
20.	Me mantengo limpio.
21.	Pido apoyo a mis amigos
22.	Tengo unos hábitos o pasatiempos que disfruto.
26.	Sé cuándo estoy feliz y cuando estoy triste.
27.	Sé lo que hago bien.
29.	Me llevo bien con mis hermanos y hermanas.
32.	Les caigo bien a mis amigos de mi edad.
38.	Sonrío mucho.
42.	Disfruto mucho de las cosas que hago.
48.	Cuando me pasan cosas buenas, se las platico a los demás.

**Nota.** Fuente: Epstein, M. H. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

El Desempeño escolar es el aspecto de la escala que se centra en la competencia del niño/niña en la escuela y en el aula (S. M. Rudolph & M. H. Epstein, 2000). Los enunciados relacionados con el Desempeño Escolar son los siguientes:

**Tabla 3.4. Enunciados correspondientes al Desempeño Escolar:**

No. de Ítem	Enunciado
14.	Termino las tareas cuando me lo piden.
24.	Termino mis tareas escolares a tiempo.
31.	Termino mis tareas escolares para la casa.
39.	Presto atención en clase.
40.	Soy bueno para las matemáticas.
41.	Soy bueno para la lectura.
47.	Estudio para los exámenes.
51.	Asisto diariamente a la escuela.
52.	Escucho con atención la clase y tomo notas para recordar las cosas después.

**Nota.** Fuente: Epstein, M. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

Las Fortalezas Afectivas: Son las que evalúan la capacidad del niño/niña de aceptar el afecto de los demás y de expresar sus sentimientos (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008; Epstein & Rudolph, 2000; S. Rudolph & M. Epstein, 2000). Los enunciados correspondientes a las Fortalezas Afectivas son los siguientes:

**Tabla 3.5. Enunciados correspondientes a las Fortalezas Afectivas**

No. de Ítem	Enunciado
3.	No tengo inconveniente en que la gente me abrace.
6.	Hablo con alguien cuando mis sentimientos están heridos.
9.	Pido ayuda cuando la necesito.
13.	Me preocupan los sentimientos de los demás.
23.	Cuando tengo un problema lo hablo con los demás.
25.	Me siento cercano a otros.
34.	Dejo a otros saber cuando me caen bien.

**Nota.** Fuente: Epstein, M. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

La BERS-2 mantiene los propósitos, formato, contenido y procedimiento de ponderación de la edición original, aunque se diferencia en que la Escala de Evaluación para Jóvenes tiene además, 5 ítems adicionales para evaluar las Fortalezas Vocacionales. La tabla 3.6 presenta los enunciados relacionados con las Fortalezas Vocacionales.

**Tabla 3.6. Enunciados correspondientes a las Fortalezas Vocacionales:**

No. de Ítem	Enunciado
53.	Puedo nombrar al menos una cosa que quiero hacer en mi vida.
54.	Mi futuro se ve muy bien.
55.	Tengo un plan para mi carrera futura.
56.	Tengo una habilidad que me ayudará a tener éxito en un buen trabajo.
57.	Sé que carrera quiero seguir.

**Nota.** Fuente: Epstein, M. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

La BERS-2 tiene además una sección de preguntas clave, que son una lista de ocho preguntas que proveen información más específica acerca de las fortalezas y recursos de los niños y niñas. Estas preguntas están basadas en parte en investigaciones sobre resiliencia y factores de protección (Epstein, 2004). Se considera que estas preguntas proveen una información importante y útil para la elaboración de un diagnóstico y de planes de intervención. En el diseño de un plan integral para un niño o niña es importante identificar qué es lo que hacen bien, con quienes pasan la mayor parte del tiempo, quién o quiénes son sus personas favoritas y a quién o quiénes buscan cuando necesitan apoyo (Epstein, 2004). La tabla 3.7 contiene las preguntas abiertas de la Escala:

**Tabla 3.7. Preguntas abiertas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes**

No. de ítem	Pregunta
1.	Mis pasatiempos o actividades favoritas son:
2.	Mi(s) deporte(s) favorito(s) es (son):
3.	Mis asignatura(s) favorita(s) es (son):
4	Mi mejor(es) amigo(s) es(son):
5.	Mi maestro(s) favorito(s) es(son):
6.	En la comunidad, he trabajado o me he ofrecido como voluntario en:
7.	Las personas más importantes en mi vida son:
8.	Lo mejor de mí es:

**Nota.** Fuente: Epstein, M. (2004). Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual: Pro-Ed Austin, TX.

### ***3.4.3.2 Interpretación de la BERS-2.***

La calificación de la BERS-2 se realiza utilizando tres tipos de puntuación, la puntuación bruta, el rango percentil y la puntuación estándar. La puntuación bruta es un tipo de puntuación que tiene poco valor clínico, su real valor consiste en que puede ser convertida en otro tipo de puntuación que agrega mayor información al análisis (Epstein, 2004). La

puntuación bruta se obtiene de la sumatoria simple de los puntajes de los enunciados correspondientes a cada subescala. El encuestado califica cada enunciado aplicando una escala tipo Likert y registra los datos en los espacios definidos en el formulario de la BERS-2. Al finalizar, el examinador realiza una sumatoria de la puntuación de cada subescala. La puntuación que recibe cada ítem se realiza de acuerdo con los siguientes criterios:

- Cero cuando la frase no le refleja en absoluto.
- Uno, si el enunciado no le refleja mucho.
- Dos, si el enunciado le refleja en algo y
- Tres, si el enunciado le refleja muy bien (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008; Epstein, 2004; Trout, Ryan, La Vigne, & Epstein, 2003a).

El segundo tipo de puntuación es el percentil. El percentil es derivado de la puntuación bruta e indica el porcentaje de los resultados en la muestra normativa, que están por encima o por debajo de la puntuación bruta (Díaz, Lopez, Font, & Guijosa, 2010).

El tercer tipo de puntuación de la BERS-2 es la puntuación estándar, la que se deriva también de la puntuación bruta en una muestra normativa. Su utilización es más útil que los percentiles porque está expresada como unidades de desviación estándar para indicar la distancia de una puntuación de la calificación promedio en una muestra normativa (Woolfolk, 2006). Para las subescalas de la BERS-2, la media de la distribución de la puntuación estándar se ha establecido en 10 y la SD en 3 (Epstein, 2004). La puntuación estándar permite a los examinadores comparar el puntaje del niño o niña con el puntaje de la muestra normativa o comparar su puntuación en una de las subescalas con el puntaje en otra.

Otra calificación generada por la BERS-2 es el Índice de Fortalezas, esta es una puntuación estándar que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15 (Epstein, 2004). Es la más segura y útil de todas las puntuaciones de la BERS-2, ya que su puntuación es un valor relativo de las fortalezas emocionales y de comportamiento del niño, niña y adolescente. Éste se calcula sumando las puntuaciones estándar de cada una de las subescalas y convirtiendo el total obtenido en el Índice de Fortalezas. El Manual del Examinador del BERS-2 (Epstein, 2004) contiene una tabla para obtener el Índice de Fortalezas de acuerdo a la sumatoria de cada puntuación estándar obtenida. Las puntuaciones más altas indican mayores fortalezas emocionales y conductuales percibidas (Al-Mutairi & Al-Khurinej, 2008; Epstein, 2004; Epstein et al., 2004).

La escala BERS tiene cinco usos específicos: (a) Identificar niños y niñas con limitadas fortalezas, (b) identificar objetivos en un plan de intervención individual, (c) identificar fortalezas y debilidades en un plan de intervención, (d) documentar el progreso en las fortalezas como consecuencia de servicios especializados y (e) para medir fortalezas en proyectos de investigación y evaluación (Epstein, 2004; Epstein & Rudolph, 2000).

### **3.5 Análisis**

El primer objetivo de la presente investigación es establecer la confiabilidad de consistencia interna en los resultados de la aplicación de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes a una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao, en la ciudad de Quito, Ecuador. La

confiabilidad de las pruebas se basa en la consistencia y precisión de los resultados del proceso de medición (Ravid, 2010; Urbina, 2004), se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados (Sampieri, Collado, Lucio, & Pérez, 1998).

A partir de estas consideraciones, los autores definen la confiabilidad como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida (Virla, 2010), por lo que el estudio de la confiabilidad de un instrumento se centra en la determinación del error asociado a sus resultados (Cervantes, 2005; Epstein, 2004; Sánchez & Echeverry, 2004). Este error puede estar relacionado con el contenido del muestreo, al tiempo del muestreo y a las diferencias entre las personas que aplican los instrumentos (Epstein, 2004). Independientemente de cuál es la fuente del error, los resultados son usualmente reportados en términos de coeficientes de confiabilidad (Epstein, 2004; Sampieri et al., 1998; Urbina, 2004).

Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad o confiabilidad total (Sampieri et al., 1998). Cuando los coeficientes de confiabilidad son de 0,90 o superior, la confiabilidad se considera adecuada y los resultados de las pruebas se pueden utilizar para elaborar diagnósticos (Dehn, 2013). Para un instrumento como el BERS-2 para ser considerado confiable el coeficiente de confiabilidad asociado con sus puntajes debería aproximarse o exceder a 0,80 (Domino & Domino, 2002; Epstein, 2004).

La medición de la consistencia interna es el camino más utilizado para determinar la confiabilidad de las pruebas, escalas o test (Ledesma, Ibañez, & Mora, 2002). La consistencia interna se refiere al grado en que los ítems se relacionan entre sí (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Sánchez & Echeverry, 2004). Indica la intercorrelación entre los distintos componentes de la prueba, separando la variación que corresponde a factores comunes de los ítems y la que corresponde a factores únicos de cada uno de ellos (Cervantes, 2005).

La confiabilidad por consistencia interna puede tomarse como una forma de estimación de la equivalencia de los componentes entre sí y su estimación será entonces un coeficiente de equivalencia calculado a partir de una sola aplicación de la prueba (Cervantes, 2005). Existen varios métodos para medir la consistencia interna de un instrumento, pero las más utilizadas son el coeficiente KR-20 y el Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Domino & Domino, 2002; Ledesma et al., 2002; Sánchez & Echeverry, 2004; Urbina, 2004).

El coeficiente alfa desarrollado por Lee Cronbach en 1951 (Ravid, 2010), mide la confiabilidad del test en función del número de ítems o longitud de la prueba y la proporción de la varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus ítems (Ledesma et al., 2002). Expresa el grado en que los ítems miden la misma variable, es decir la homogeneidad de los ítems (Virla, 2010). El coeficiente alfa de Cronbach se aplica a instrumentos que utilizan la escala Likert o cualquier escala de opciones múltiples, como es el caso de la BERS-2 (Ravid, 2010; Virla, 2010).

La fórmula para obtener el coeficiente alfa de Cronbach es la siguiente:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde  $k$  es el número de ítems de la prueba,  $S$  es la varianza de los ítems y  $S_{sum}^2$  es la varianza de la prueba total (Ledesma et al., 2002).

En la presente investigación se determinó el Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach a través del paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows con el propósito de determinar la confiabilidad de consistencia interna de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. Debido al tamaño de la muestra, se calculó el Coeficiente alfa de Cronbach a los resultados obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, a 3 intervalos de edad para las 6 subescalas. Los coeficientes fueron promediados usando la técnica de la transformación  $z$  (Sampieri et al., 1998). Los resultados obtenidos se comparan con el valor de referencia, que en este caso es de 0.8.

El segundo objetivo de la investigación es investigación es generar evidencia sobre la validez de contenido de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes, a través de la medición del poder discriminativo de los ítems. La validez de los instrumentos de medición tiene que ver con lo que miden y con qué tan bien lo hacen (Anastasi & Urbina, 2000). Se refiere al grado de confianza que la medición realizada, corresponda a la realidad del fenómeno que se está midiendo (Carrasco Soto, Maldonado-Radillo, & López Torres, 2014;

Epstein, 1999; Lamprea M & Gómez-Restrepo, 2007; Peter, 1979; Sánchez Pedraza & Gómez Restrepo, 1998). En otras palabras, un instrumento es válido si mide lo que debe medir (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Epstein, 2004). La validez permite hacer inferencias, interpretaciones y evaluar hipótesis acerca de las personas sobre las cuales se emplean las escalas como instrumento de medición (Anastasi & Urbina, 2000; Carrasco Soto et al., 2014; Lamprea M & Gómez-Restrepo, 2007).

La validez de una escala puede ser medida tomando en cuenta su apariencia, contenido, criterio predictivo y constructo (Anastasi & Urbina, 2000; Epstein, 2004; Lamprea M & Gómez-Restrepo, 2007; Oviden, 2003; Sánchez & Echeverry, 2004). La validez de contenido se refiere al examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del área de conducta que debe medirse (Anastasi & Urbina, 2000; Epstein, 1999), es decir si los diferentes ítems incluidos en el instrumento representan adecuadamente los dominios o factores del concepto que se pretende medir (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Epstein, 1999; Lamprea M & Gómez-Restrepo, 2007; Trout et al., 2003b). Cuando se evalúa la validez de contenido, se debe garantizar que los reactivos cubran todos los aspectos importantes y en la proporción correcta de una característica, conducta o dominio a evaluar (Anastasi & Urbina, 2000).

Existe evidencia cualitativa y cuantitativa para determinar la validez de contenido de un instrumento. La discriminación de ítems, llamada también poder discriminativo, o validez de ítems, proporciona evidencia cuantitativa de la validez de contenido (Epstein, 2004). El poder discriminativo es la capacidad de determinar si la prueba y el ítem miden la misma

competencia (Backhoff Escudero et al., 2000). Usualmente se utilizan dos formas para determinar el poder discriminativo de un ítem, el índice de discriminación y el coeficiente de discriminación (Backhoff Escudero et al., 2000). La ventaja de utilizar el coeficiente de correlación es que al contrario del índice, se toman en cuenta todas las personas evaluadas (Sim & Rasiah, 2006). El coeficiente de correlación biserial es un coeficiente de correlación que se utiliza para determinar el grado en que las competencias que mide un test, las mide también el reactivo (Backhoff Escudero et al., 2000). En la presente investigación se utiliza el coeficiente de correlación biserial producto – momento de Pearson, para determinar la correlación de las variables en una misma subescala de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes.

Debido a que el N en la presente investigación es de 20 personas, se realiza la correlación de las variables de cada subescala con toda la muestra. Para el cálculo de los coeficientes de correlación se utiliza el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows y se reportan las variables que tienen una correlación estadísticamente significativa. Los subanálisis son los siguientes:

- Para la subescala de Fortalezas Interpersonales (Fi), se realiza la correlación de las variables Fi10, Fi12, Fi16, Fi17, Fi18, Fi28, Fi30, Fi33, Fi35, Fi37, Fi43, Fi44, Fi46, Fi49, Fi50.
- Para la subescala de Participación Familiar (Pf), se realiza la correlación de las variables Pf1, Pf2, Pf4, Pf7, Pf11, Pf15, Pf19, Pf36, Pf45.

- Para la subescala de Fortalezas Intrapersonales (Fintra), se realiza la correlación de las variables Fintra5, Fintra8, Fintra20, Fintra21, Fintra22, Fintra26, Fintra27, Fintra29, Fintra32, Fintra38, Fintra42, Fintra48.
- Para la subescala de Desempeño Escolar (De), se realiza la correlación de las variables De14, De24, De31, De39, De40, De41, De47, De51, De52.
- Para la subescala de las Fortalezas Afectivas (Fa), se realiza la correlación de las variables Fa3, Fa6, Fa9, Fa13, Fa23, Fa25, Fa24.
- Para la subescala de las Fortalezas Vocacionales (Fv), se realiza la correlación de las variables Fv53, Fv54, Fv55, Fv56, Fv57.

El tercer objetivo de esta investigación es identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento en niños y niñas en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito y la probabilidad de presentar trastornos emocionales y de conducta. Aunque la BERS-2 no fue desarrollada para diagnosticar ningún tipo específico de trastorno (Epstein, 2004), estudios realizados demuestran que es capaz de diferenciar entre niños y niñas con trastornos emocionales y de conducta, de los que no los tienen (Reid et al., 2000). Esto es posible porque la BERS-2 documenta la ausencia o presencia de fortalezas personales (Epstein, 1999, 2000; Epstein, Ryser, et al., 2002; Reid et al., 2000) y una baja puntuación en la Escala, significa riesgo de presentar trastornos emocionales y de conducta (Epstein, 2004).

Los trastornos emocionales y de conducta son una discapacidad caracterizada por respuestas emocionales y de conducta incongruentes con la edad, cultura y normas étnicas,

que afectan adversamente el rendimiento académico de niños, niñas y adolescentes en etapa escolar (Rutherford Jr., Quinn, & Mathur, 2004). Existen seis componentes de los trastornos emocionales y de conducta, comúnmente identificados en la literatura: fracaso en las relaciones interpersonales, comportamiento antisocial, comportamiento retraído, agresividad, problemas académicos y problemas de atención (Conley, Marchant, & Caldarella, 2014). Existe tanta heterogeneidad en los niños y niñas con trastornos emocionales y de conducta, que es posible afirmar que la única característica común que poseen es el bajo rendimiento escolar (Jadue J., 2002).

Las fortalezas emocionales y de comportamiento de los niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao se identifican con la aplicación y la obtención de los puntajes de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. Los resultados obtenidos se comparan con las directrices para la interpretación de la BERS-2 que se encuentran en el Manual del Examinador (Epstein, 2004); con estos resultados se determinan las probabilidades que los niños, niñas y adolescentes del CMT presenten trastornos emocionales y de conducta.

El cuarto objetivo de la investigación es proponer lineamientos que permitan al Centro del Muchacho Trabajador elaborar intervenciones para atender la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización de la ciudad de Quito, Ecuador. Para ello se realizaron reuniones con las autoridades del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao, en las que se presentaron los resultados del estudio, específicamente las tablas que contienen los resultados de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes.

Además se discutieron las características demográficas y familiares de los niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador, la puntuación estándar de cada subescala y la puntuación del Índice de Fortalezas, obtenidas de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes y una guía para su interpretación.

## **IV. RESULTADOS**

En el presente capítulo se presenta el procesamiento de los datos obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes a 20 niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao en la ciudad de Quito.

### **4.1 Proceso de reclutamiento / Recolección de datos**

Una vez que se obtuvo aprobación del Comité de Bioética de la USFQ, el proceso de reclutamiento se realizó de la siguiente manera: veinte niños, niñas y adolescentes pertenecientes al Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao fueron reclutados para el estudio. Los participantes fueron invitados a involucrarse en la Asamblea de padres y madres de familia, en el mes de enero de 2014. En dicha reunión el equipo investigador explicó las generalidades del Proyecto de Investigación: “Análisis de las Fortalezas de Niños y Niñas en Situación de Callejización en la Ciudad de Quito, Ecuador”, objetivos, metodología y resultados esperados. Los padres y madres interesados/as en que sus hijos e hijas participaran en el Proyecto de Investigación fueron invitados a firmar el consentimiento y asentimiento informado. Posteriormente, el equipo investigador concretó citas particulares y privadas para la recolección de datos.

La reunión con cada participante se realizó en un lugar privado, iluminado y confortable, provisto por las autoridades del Centro del Muchacho Trabajador. En dicha reunión se aplicaron dos instrumentos: la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes y la

Entrevista Cualitativa EBF – ROPES, de evaluación de fortalezas y capacidad de resolución de conflictos.

## 4.2 Descriptores demográficos de participantes

Tabla 4.1. Descripción de la Población de Estudio

Característica	Cantidad	Porcentaje	Promedio	Rango	Intervalo de Confianza
<b>Género</b>					
Mujeres	10	50%			
Hombres	10	50%			
<b>Edad</b>			12,7	(10 – 16)	(11,92 - 13,48)
10 - 11 años	6	30%			
12 - 13 años	8	40%			
14 - 16 años	6	30%			
<b>Escolaridad</b>			8,1	(5 - 10)	(7,10 - 9,10)
Quinto – Séptimo	9	45%			
Octavo a Décimo	11	55%			
<b>Grado con respecto a Edad</b>					
Sí	9	45%			
No	11	55%			

La muestra del estudio estuvo conformada por 20 participantes en la que el 50% son mujeres y el 50% hombres, sus edades oscilan entre los 10 y 16 años, siendo el promedio de edad de 12,7 años, con un Intervalo de Confianza de 11,92 a 13,48 años. El promedio de escolaridad del grupo es de 8,1 años, oscilando en un rango de 5 a 13 años, con un Intervalo de Confianza entre 7,1 a 9,1 años. Cabe destacar además que el 55% de la muestra se encuentra en un grado o curso diferente al que le corresponde a su edad y el 45% restante se encuentra en un grado o curso correspondiente a su edad.

Tabla 4.2. Características Familiares

<b>Característica</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Promedio</b>	<b>Rango</b>
<b>Hermanos</b>			3,3	(2 – 6)
<b>Miembros en la familia</b>			5,1	(5 – 7)
<b>Tipo de Familia</b>				
<b>Vive solo</b>	0			
<b>Familia Nuclear</b>	20	100%		
<b>Familia Extendida</b>	0			
<b>Familia Extendida + amigos</b>	0			
<b>Con pareja</b>	0			
<b>Cabeza de familia</b>				
<b>Mamá</b>	7	35%		
<b>Mamá y Papá</b>	10	50%		
<b>Mamá y Padrastro</b>	3	15%		

Considerando las características familiares de la población de estudio, se observa que el número de hermanos y hermanas oscila entre 2 y 6, siendo 3,3 el promedio de hermanos/as. El 100% de los entrevistados vive en una familia nuclear, conformada en un 35% por mamá y hermanos/as; en un 50% por mamá, papá y hermanos/as; y en un 15% por mamá, padrastro y hermanos/as.

### 4.3 Resultado Objetivo 1

El primer objetivo de la presente investigación es establecer la confiabilidad de consistencia interna en los resultados de la aplicación de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes a una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao, en la ciudad de Quito, Ecuador. Este objetivo se cumple realizando el cálculo de los Coeficientes Alfa de Cronbach a los resultados obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, a tres intervalos de edad para las 6 subescalas, obteniéndose 1 coeficiente de correlación alto negativo, 3 coeficientes de correlación medios negativo y 3 coeficientes de correlación bajos negativos, 11

coeficientes de correlación altos positivos, 3 coeficientes de correlación medios positivos y 3 coeficientes de correlación bajos positivos. La tabla 4.3 presenta los resultados obtenidos:

Tabla 4.3. Coeficientes Alfa para la BERS-2, Escala de Evaluación para jóvenes a 3 intervalos de edad

Valores de la BERS-2 Subescalas	Grupo de Edad			Promedio
	10-11	12-13	14-16	
<b>Fortalezas interpersonales</b>	-0,47	0,80	0,80	0,38
<b>Participación Familiar</b>	0,31	0,73	0,56	0,53
<b>Fortalezas intrapersonales</b>	-0,22	0,02	-0,09	-0,09
<b>Desempeño escolar</b>	0,75	0,74	0,75	0,75
<b>Fortalezas afectivas</b>	-0,88	0,60	0,43	0,05
<b>Fortalezas vocacionales</b>	-0,31	-0,48	0,87	0,03

Los resultados indican que para el grupo entre los 10 y 11 años de edad, las respuestas son inconsistentes con respecto de las Fortalezas Interpersonales, Fortalezas Intrapersonales, Fortalezas Afectivas y Fortalezas Vocacionales. Existe poca consistencia en las respuestas relacionadas con la Participación Familiar y una consistencia aceptable solamente para las respuestas relacionadas con el Desempeño Escolar.

Para el grupo entre los 12 y 13 años de edad solamente existe inconsistencia en las respuestas relacionadas con las Fortalezas Vocacionales. Existe poca consistencia para las respuestas relacionadas con las Fortalezas Intrapersonales y las Fortalezas Afectivas. Las respuestas relacionadas con las Fortalezas Interpersonales, de Participación Familiar, de Desempeño Escolar, poseen una aceptable consistencia.

Para el grupo entre los 14 y 16 años existe inconsistencia en las respuestas relacionadas con las Fortalezas Intrapersonales y poca consistencia para las respuestas relacionadas con la



	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
<b>Fi17</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-	-.046	.092	1	.447*	.046	-.109	-.339	.081	.288	.134	-.262	.202	.263	.330	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.064	.789	.846	.699	.048	.846	.646	.143	.733	.218	.574	.264	.394	.263	.155	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi18</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-	.440	-.175	.447*	1	-	-.016	-.347	.408	.363	.254	-.191	.100	-.141	.101	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.233	.322	.052	.461	.048	.315	.947	.134	.074	.115	.280	.419	.674	.554	.672	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi28</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.092	.067	.530*	.046	-.237	1	.157	.293	-.117	.188	-.192	.377	.174	.378	.388	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.700	.780	.016	.846	.315		.508	.210	.623	.427	.416	.101	.463	.100	.091	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi30</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.144	.157	.421	-	-.016	.157	1	.345	.589**	.355	-.272	.127	.082	-.089	-.163	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.543	.508	.064	.646	.947	.508		.136	.006	.124	.246	.594	.731	.709	.493	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi33</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.314	-.098	-.194	-	-.347	.293	.345	1	-.057	.165	.000	-.079	.255	.000	.190	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.178	.682	.413	.143	.134	.210	.136		.811	.486	1.000	.741	.278	1.000	.424	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi35</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.018	.507*	.326	.081	.408	-	.589**	-.057	1	-	-.023	.158	.143	.103	-.106	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.940	.022	.161	.733	.074	.623	.006	.811		.927	.925	.507	.549	.665	.656	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi37</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-	.188	.075	.288	.363	.188	.355	.165	-.022	1	-.109	-.335	.295	-.071	-.024	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.121	.611	.427	.754	.218	.115	.427	.124	.486	.927	.648	.149	.207	.766	.919	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi43</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-	.000	-.306	.134	.254	-	-.272	.000	-.023	-	1	-.155	.034	.145	.473*	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.088	.711	1.000	.190	.574	.280	.416	.246	1.000	.925	.648	.513	.888	.541	.035	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi44</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.371	-.054	.642**	-	-.191	.377	.127	-.079	.158	-	-.155	1	-	.305	.035	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.107	.822	.002	.264	.419	.101	.594	.741	.507	.149	.513		.844	.191	.884	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi46</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.187	.406	-.023	.202	.100	.174	.082	.255	.143	.295	.034	-.047	1	.285	.158	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.431	.076	.923	.394	.674	.463	.731	.278	.549	.207	.888	.844		.223	.507	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi49</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.405	.000	.401	.263	-.141	.378	-.089	.000	.103	-	.145	.305	.285	1	.440	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.076	1.000	.080	.263	.554	.100	.709	1.000	.665	.766	.541	.191	.223		.052	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
<b>Fi50</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.179	-.043	.103	.330	.101	.388	-.163	.190	-.106	-	.473*	.035	.158	.440	1	
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.451	.857	.666	.155	.672	.091	.493	.424	.656	.919	.035	.884	.507	.052		
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	

Nota. \*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas); \*\*Correlación significativa al nivel 0 .01 (2 colas).



	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf7	Correlación de Pearson	.000	-.103	-.152	1	.265	.866**	.095	.035	.620**	
	Sig. (2- colas)	1.000	.666	.523		.258	.000	.691	.884	.004	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf11	Correlación de Pearson	.398	.204	.081	.265	1	.276	.151	.632**	.420	
	Sig. (2- colas)	.082	.387	.735	.258		.239	.526	.003	.065	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf15	Correlación de Pearson	.200	-.208	-.175	.866**	.276	1	.109	.081	.517*	
	Sig. (2- colas)	.398	.380	.460	.000	.239		.646	.735	.020	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf19	Correlación de Pearson	.255	-.139	.222	.095	.151	.109	1	.539*	.265	
	Sig. (2- colas)	.278	.558	.347	.691	.526	.646		.014	.259	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf36	Correlación de Pearson	.404	.050	.128	.035	.632**	.081	.539*	1	.395	
	Sig. (2- colas)	.077	.833	.592	.884	.003	.735	.014		.085	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pf45	Correlación de Pearson	-.119	.166	-.385	.620**	.420	.517*	.265	.395	1	
	Sig. (2- colas)	.617	.484	.093	.004	.065	.020	.259	.085		
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

**Nota.** \*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas); \*\*Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas).

En la Tabla 4.5 se observa una correlación baja inversa en el 19% de las variables de la subescala de Participación Familiar (Pf), una correlación media inversa en el 3% de las variables, una correlación baja positiva en el 53% de las variables, una correlación media positiva en el 11% de las variables y una correlación alta positiva en el 14% de las variables. Se observa además que existe una relación estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre la variable Pf15 y la variable Pf45; entre la variable Pf19 y la variable Pf36; entre la variable Pf19 y la variable Pf36. Existe una relación estadísticamente significativa al  $< 0.01$  entre la variable Pf7 y Pf15; entre la variable Pf7 y Pf45; entre la variable Pf11 y Pf36.

La Tabla 4.6 contiene los coeficientes de correlación de las variables de la subescala de Fortalezas Intrapersonales (Fintra) de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes:

Tabla 4.6. Coeficientes de Correlación de Pearson para las de Fortalezas Intrapersonales (Fintra).

		Fintr5	Fintr8	Fintr20	Fintr21	Fintr22	Fintr26	Fintr27	Fintr29	Fintr32	Fintr38	Fintr42	Fintr48
Fintr5	Correlación de Pearson	1	.298	-.053	.466*	.363	-.157	.187	-.175	-.175	-.214	-.189	-.175
	Sig. (2- colas)		.202	.826	.038	.116	.509	.429	.460	.460	.365	.426	.461
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr8	Correlación de Pearson	.298	1	-.053	.466*	-.444*	.033	.031	-.435	.084	-.473*	-.074	-.264

	Sig. (2- colas)	.202		.826	.038	.050	.889	.896	.056	.724	.035	.756	.260
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 0	Correlación de Pearson	-.053	-.053	1	.107	-.175	.128	-.281	.214	.214	.175	-.189	-.175
	Sig. (2- colas)	.826	.826		.652	.461	.590	.230	.365	.365	.460	.426	.461
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 1	Correlación de Pearson	.466*	.466*	.107	1	-.009	.126	-.064	-.172	.093	-.225	.268	-.009
	Sig. (2- colas)	.038	.038	.652		.969	.596	.789	.468	.697	.340	.252	.969
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 2	Correlación de Pearson	.363	-.444*	-.175	-.009	1	.353	.144	.015	-.283	-.114	.074	.175
	Sig. (2- colas)	.116	.050	.461	.969		.126	.546	.950	.226	.631	.755	.460
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 6	Correlación de Pearson	-.157	.033	.128	.126	.353	1	-.203	-.100	.111	-.216	.274	.426
	Sig. (2- colas)	.509	.889	.590	.596	.126		.391	.674	.642	.360	.242	.061
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 7	Correlación de Pearson	.187	.031	-.281	-.064	.144	-.203	1	.104	.277	-.104	-.397	-.574**
	Sig. (2- colas)	.429	.896	.230	.789	.546	.391		.663	.237	.663	.083	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr2 9	Correlación de Pearson	-.175	-.435	.214	-.172	.015	-.100	.104	1	-.151	.727**	-.247	-.184
	Sig. (2- colas)	.460	.056	.365	.468	.950	.674	.663		.525	.000	.293	.437
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr3 2	Correlación de Pearson	-.175	.084	.214	.093	-.283	.111	.277	-.151	1	.151	-.247	-.184
	Sig. (2- colas)	.460	.724	.365	.697	.226	.642	.237	.525		.525	.293	.437
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr3 8	Correlación de Pearson	-.214	-.473*	.175	-.225	-.114	-.216	-.104	.727**	.151	1	-.260	.085
	Sig. (2- colas)	.365	.035	.460	.340	.631	.360	.663	.000	.525		.268	.723
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr4 2	Correlación de Pearson	-.189	-.074	-.189	.268	.074	.274	-.397	-.247	-.247	-.260	1	.513*
	Sig. (2- colas)	.426	.756	.426	.252	.755	.242	.083	.293	.293	.268		.021
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Fintr4 8	Correlación de Pearson	-.175	-.264	-.175	-.009	.175	.426	-	-.184	-.184	.085	.513*	1
	Sig. (2- colas)	.461	.260	.461	.969	.460	.061	.008	.437	.437	.723	.021	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Nota. \*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas); \*\*Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas).

En la Tabla 4.6 se observa que existe una correlación baja inversa en el 46% de las variables de la subescala de Fortalezas Intrapersonales (Fintr), una correlación media inversa en el 3% de las variables, una correlación baja positiva en el 35% de las variables, una correlación media positiva en el 10% de las variables y una relación alta positiva en el 6% de

las variables. Se observa una correlación estadísticamente significativa en el nivel 0.05 entre la variable Fintr5 y la variable Fintr21; entre la variable Fintr8 y la variable Fintr21; entre la variable Fintr8 y la variable Fintr22; entre la variable Fintr8 y la variable Fintr38; entre la variable Fintr42 y la variable Fintr48. Existe también una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.01 entre la variable Fintr27 y la variable Fintr48; entre la variable Fintr29 y la variable Fintr38.

La Tabla 4.7 contiene los coeficientes de correlación de las variables de la subescala de Desempeño Escolar (De) de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes:

Tabla 4.7. Coeficientes de Correlación de Pearson para las variables de Desempeño Escolar (De)

		De14	De24	De31	De39	De40	De41	De47	De51	De52
De14	Correlación de Pearson	1	.306	-.086	.131	.741**	.064	.524*	-.063	.598**
	Sig. (2- colas)		.190	.719	.583	.000	.790	.018	.794	.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De24	Correlación de Pearson	.306	1	.479*	.150	.026	.422	.695**	-.087	.418
	Sig. (2- colas)	.190		.032	.527	.912	.064	.001	.714	.067
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De31	Correlación de Pearson	-.086	.479*	1	.461*	-.155	.349	.330	-.129	.205
	Sig. (2- colas)	.719	.032		.041	.514	.131	.156	.589	.386
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De39	Correlación de Pearson	.131	.150	.461*	1	.293	.260	.150	-.224	.268
	Sig. (2- colas)	.583	.527	.041		.210	.268	.527	.342	.253
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De40	Correlación de Pearson	.741**	.026	-.155	.293	1	.094	.290	-.302	.601**
	Sig. (2- colas)	.000	.912	.514	.210		.694	.215	.196	.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De41	Correlación de Pearson	.064	.422	.349	.260	.094	1	.274	-.170	.000
	Sig. (2- colas)	.790	.064	.131	.268	.694		.242	.475	1.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De47	Correlación de Pearson	.524*	.695**	.330	.150	.290	.274	1	-.306	.313
	Sig. (2- colas)	.018	.001	.156	.527	.215	.242		.190	.179
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De51	Correlación de Pearson	-.063	-.087	-.129	-.224	-.302	-.170	-.306	1	.000
	Sig. (2- colas)	.794	.714	.589	.342	.196	.475	.190		1.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
De52	Correlación de Pearson	.598**	.418	.205	.268	.601**	.000	.313	.000	1
	Sig. (2- colas)	.005	.067	.386	.253	.005	1.000	.179	1.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20

**Nota.** \*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas); \*\*Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas).

En la Tabla 4.7 se evidencia que el 19% de las variables de la subescala de Desempeño Escolar (De) tienen una correlación inversa baja, el 6% tiene una correlación inversa media, el 39% tienen una correlación positiva baja, el 22% una correlación positiva media y el 14% una correlación positiva alta. Se observa que existe una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre la variable De De14 y la variable De47; entre la variable De24 y la variable De31; entre la variable De31 y la variable De39. Existe una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.01 entre las variable De14 y la variable De40; entre la variable De14 y la variable De52; entre la variable De24 y la variable De47; entre la variable De40 y la variable De52.

La Tabla 4.8 contiene los coeficientes de correlación de las variables de la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa) de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes:

Tabla 4.8. Coeficientes de Correlación de Pearson para las variables de Fortalezas Afectivas (Fa).

		Fa3	Fa6	Fa9	Fa13	Fa23	Fa25	Fa34
Fa3	Correlación de Pearson	1	-.180	-.328	-.035	-.148	-.011	-.178
	Sig. (2- colas)		.447	.158	.885	.534	.963	.452
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa6	Correlación de Pearson	-.180	1	.454*	.183	.685**	.273	-.073
	Sig. (2- colas)	.447		.044	.439	.001	.244	.759
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa9	Correlación de Pearson	-.328	.454*	1	.119	.497*	.051	-.075
	Sig. (2- colas)	.158	.044		.618	.026	.831	.754
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa13	Correlación de Pearson	-.035	.183	.119	1	.201	-.068	.686**
	Sig. (2- colas)	.885	.439	.618		.395	.777	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa23	Correlación de Pearson	-.148	.685**	.497*	.201	1	.374	.241
	Sig. (2- colas)	.534	.001	.026	.395		.105	.306
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa25	Correlación de Pearson	-.011	.273	.051	-.068	.374	1	.030

	Pearson							
	Sig. (2- colas)	.963	.244	.831	.777	.105		.900
	N	20	20	20	20	20	20	20
Fa34	Correlación de Pearson	-.178	-.073	-.075	.686**	.241	.030	1
	Sig. (2- colas)	.452	.759	.754	.001	.306	.900	
	N	20	20	20	20	20	20	20

**Nota.** \*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas); \*\*Correlación significativa al nivel 0 .01 (2 colas).

En la Tabla 4.8 se evidencia que existe una baja correlación inversa en el 38% de las variables de la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa), una correlación media inversa en el 5% de las variables, una correlación baja positiva en el 33% de las variables, una correlación media positiva en el 5% de las variables y una correlación alta positiva en el 19% de las variables. Se observa que existe una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre la variable Fa6 y la variable Fa9; entre la variable Fa9 y la variable Fa23; Existe una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.01 entre la variable Fa6 y la variable Fa23; entre la variable Fa13 y la variable Fa34.

La Tabla 4.9 contiene los coeficientes de correlación de las variables de la subescala de las Fortalezas Vocacionales (Fv) de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes:

Tabla 4.9. Coeficientes de Correlación de Pearson para las de Fortalezas Vocacionales (Fv)

		Fv53	Fv54	Fv55	Fv56	Fv57
Fv53	Correlación de Pearson	1	.454*	.162	.467*	.397
	Sig. (2- colas)		.044	.496	.038	.083
	N	20	20	20	20	20
Fv54	Correlación de Pearson	.454*	1	.367	.252	-.140
	Sig. (2- colas)	.044		.112	.283	.555
	N	20	20	20	20	20
Fv55	Correlación de	.162	.367	1	.377	-.107

	Pearson					
	Sig. (2- colas)	.496	.112		.101	.654
	N	20	20	20	20	20
Fv56	Correlación de Pearson	.467*	.252	.377	1	.397
	Sig. (2- colas)	.038	.283	.101		.083
	N	20	20	20	20	20
Fv57	Correlación de Pearson	.397	-.140	-.107	.397	1
	Sig. (2- colas)	.083	.555	.654	.083	
	N	20	20	20	20	20

Nota.\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (2 colas)

En la Tabla 4.9 se evidencia que existe entre las variables de la subescala de las Fortalezas Vocacionales (Fv) una correlación inversa baja en el 20% de las variables, una correlación positiva baja en el 20% de las variables, una correlación positiva media en el 40% de las variables y una relación positiva alta en el 20% de las variables . Se observa que existe una correlación estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre la variable Fv53 y la variable Fv54; entre la variable Fv53 y la variable Fv56.

### 4.5 Resultado Objetivo 3

El tercer objetivo de la presente investigación es identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento en niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao y la probabilidad de presentar trastornos emocionales y de comportamiento, a través de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. La tabla 4.10 presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes y una guía para su interpretación.

Tabla 4.10. Guía para interpretar resultados de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes.

<b>Fortalezas Emocionales y de Comportamiento</b>	<b>Puntuación Estándar de la Subescala</b>	<b>Probabilidad que el estudiante tenga EBD</b>	<b>Índice de Fortalezas</b>	<b>Porcentaje incluido en una distribución normal</b>	<b># Niños/as del CMT en los rangos</b>	<b>Porcentaje de niños/as del CMT en los rangos</b>
<b>Muy superior</b>	de 17 a 20	Extremadamente baja	> 130	2,34	1	5%
<b>Superior</b>	de 15 a 16	Extremadamente baja	121 - 130	6,87	0	0
<b>Sobre el promedio</b>	de 13 a 14	Muy baja	111 - 120	16,12	8	40%
<b>En el promedio</b>	de 8 a 12	Baja	90 - 110	49,51	10	50%
<b>Bajo el promedio</b>	de 6 a 7	Alta	80 - 89	16,12	1	5%
<b>Escasas</b>	de 4 a 5	Muy alta	70 - 79	6,87	0	0

Se observa en la tabla que si la puntuación estándar de la subescala es de 17 a 20 y el Índice de Fortalezas es  $> 130$ , el niño o niña tiene fortalezas emocionales y de comportamiento muy superiores y una probabilidad extremadamente baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Un individuo de los participantes del estudio (5%) obtuvo dicho puntaje.

Si la puntuación estándar de la subescala es de 15 a 16 y posee un Índice de Fortalezas entre 121 y 130, el niño o niña posee fortalezas emocionales y de comportamiento superiores y una probabilidad extremadamente baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. No se encontró ningún individuo que obtenga esa puntuación dentro de los participantes del estudio.

Si la puntuación estándar de la subescala es de 13 a 14 y posee un Índice de Fortalezas entre 111 y 120, el niño o niña tiene fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio y una probabilidad muy baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. 8 niños, niñas y adolescentes (40%), obtuvieron dicha puntuación.

Si la puntuación estándar de la subescala es de 8 a 12 y posee un Índice de Fortalezas entre 90 y 110, el niño o niña tiene fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y una probabilidad baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Dentro de los participantes del CMT, 10 niños, niñas y adolescentes (50%), obtuvieron dicha puntuación.

Si la puntuación estándar de la subescala es de 6 a 7 y posee un Índice de Fortalezas entre 80 y 89, el niño o niña posee fortalezas emocionales y de comportamiento bajo el promedio y una probabilidad alta de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Dentro de la muestra del CMT, un individuo (5%), obtuvo dicha puntuación.

Por último, si la puntuación estándar de la subescala es de 4 a 5 y posee un Índice de Fortalezas entre 70 y 79, el niño o niña tiene fortalezas emocionales y de comportamiento escasas y una probabilidad muy alta de presentar desórdenes emocionales y de comportamiento. No se encontró ningún individuo que obtuviera dicha puntuación.

La Tabla 4.11 presenta los promedios de las puntuaciones estándar de cada subescala y del Índice de Fortalezas, obtenidos por los niños, niñas y adolescentes del CMT:

Tabla 4.11. Promedios simple de cada subescala de la BERS-2, por grupos de edad.

Grupos de edad	Edades	Código	Fi	Pf	Fintr	De	Fa	Fv	Índice de Fortalezas
<b>10 a 11 años</b>	10	P004	14	11	14	13	12	13	119
	10	P005	9	10	11	8	9	11	96
	10	P011	9	11	12	15	12	13	112
	11	P013	11	10	14	12	13	11	113
	11	P016	13	12	11	16	12	13	119
	11	P018	15	7	11	15	12	13	113
		Promedio		11,83	10,17	12,17	13,17	11,67	12,33
<b>12 a 13 años</b>	12	P003	9	9	8	14	8	10	97
	13	P001	14	13	11	15	12	11	120
	13	P008	13	8	8	10	9	11	85
	13	P009	17	13	15	16	15	13	135
	13	P012	10	6	11	9	10	11	94
	13	P014	9	8	10	9	7	11	90
	13	P017	10	9	11	8	11	11	98
	13	P019	8	10	12	9	13	9	103
	Promedio		11,25	9,5	10,75	11,25	10,63	10,88	102,75
<b>14 a 16</b>	14	P006	9	9	10	9	8	6	93
	14	P010	13	13	12	10	11	12	112
	14	P015	10	14	13	10	12	12	112
	15	P007	10	8	9	10	9	13	94
	15	P020	9	9	10	10	8	10	94
	16	P002	14	10	12	14	7	13	109
		Promedio		10,83	10,50	11,00	10,50	9,17	11,00

Se observa una puntuación estándar sobre el promedio en las Fortalezas Intrapersonales (Fintr), de Desempeño Escolar (De) y Fortalezas Vocacionales (Fv) del grupo de edad entre 10 y 12 años de edad; las demás subescalas tienen una puntuación estándar en el promedio. El puntaje más alto obtenido en las subescalas de la BERS-2 es de 13,17, correspondiente a la fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio. Este puntaje fue obtenido por el grupo de 10 a 11 años en la Subescala de Desempeño Escolar (De). De este grupo un niño/a se encuentra en quinto grado, tres en sexto grado y dos en séptimo grado.

El puntaje más bajo obtenido en las subescalas de la BERS-2 es de 9.17, correspondiente a fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio. Este puntaje fue obtenido por el grupo de 14 a 16 años en la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa). Otro puntaje bajo que llama la atención es el puntaje de 9.5 correspondiente a fortalezas emocionales de comportamiento en el promedio. Este puntaje fue obtenido es por el grupo de 12 a 13 años de edad en la subescala de Participación Familiar (Pf). Se observa que el grupo de edad que más alto Índice de Fortalezas posee es el grupo entre los 10 y 12 años, con un valor de 112; el grupo de edad que más bajo Índice de Fortalezas posee es el grupo entre los 14 y 16 años, con un valor de 102,33.

#### **4.6 Resultado Objetivo 4**

El cuarto objetivo de la investigación es proponer lineamientos que permitan al Centro del Muchacho Trabajador elaborar intervenciones para atender la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización de la ciudad de Quito, Ecuador. Para ello se realizaron reuniones con las autoridades del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao, en las que se presentaron los resultados obtenidos en el procesamiento de los datos de la aplicación de la BERS-2, obteniéndose las siguientes sugerencias y lineamientos del trabajo del CMT:

- El 90% de los niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador obtuvo puntajes de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y sobre el promedio en las subescalas de la BERS-2 y en el Índice de Fortalezas; solamente un 5% de la muestra obtuvo un puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento muy superior y otro 5%, de fortalezas emocionales y de comportamiento bajo el

promedio. Las autoridades del CMT expresaron tener una satisfacción moderada por los resultados obtenidos.

- Las autoridades del CMT expresaron que los resultados obtenidos por los niños, niñas y adolescentes de la institución, se deben al enfoque integral, familiar y en valores éticos de los programas ofrecidos.
- El CMT considera al individuo como un ser integral, es por esa razón que sus programas están orientados a la satisfacción de sus necesidades básicas, como salud, nutrición, recreación, vivienda, educación formal, formación laboral y empresarial.
- El CMT descansa su accionar en 10 valores que posibilitan las acciones de autogestión y superación de los beneficiarios, mejorando su calidad de vida. Estos valores son lealtad, formación personal, familia, religión, instrucción, economía, trabajo, recreo, salud y vivienda.
- El lema del CMT es “Una Familia de Familias”, lo que indica que la familia es el componente esencial de la institución y un valor en el que se fundamenta su trabajo. El CMT orienta sus esfuerzos en el trabajo con familias para que sus esfuerzos no se diluyan en un ambiente familiar adverso.
- El trabajo con las familias incluye el fortalecimiento de la unión, la lealtad, el servicio y la solidaridad entre las familias de la institución, a través de reuniones semanales de capacitación y formación en valores; mingas dominicales para la construcción y mejoramiento de las viviendas; convivencias y actividades recreacionales. Todas estas actividades son planificadas, organizadas y ejecutadas por grupos de 15 familias cada uno, lideradas por las personas con mayor experiencia y permanencia en la institución.

- Las autoridades del CMT expresaron que una disciplina que contribuye al bienestar de los niños, niñas y adolescentes del CMT y al desarrollo de sus fortalezas emocionales y de comportamiento es el ahorro. Debido a que el CMT provee para la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes como salud gratuita, educación gratuita, alimentación gratuita, útiles escolares gratuitos y más, exigen el ahorro del 20% o 25% de ingresos familiares mensuales. El ahorro debe estar destinado a la compra de un terreno para vivienda, compra de vivienda, construcción de vivienda, o su mejoramiento en caso de tenerla. El mejoramiento de las condiciones habitacionales de los niños, niñas y adolescentes del CMT contribuye a su integración familiar, desempeño escolar y bienestar total.
- Las autoridades del CMT expresaron que muchos de los resultados observados se deben a las políticas institucionales. Por ejemplo el 100% de los niños, niñas y adolescentes que participaron en la investigación viven con sus familias nucleares porque es política institucional aceptar solamente a niños, niñas y adolescentes que viven con sus familias.
- La puntuación más baja en las subescalas de la BERS-2 es la de Fortalezas Afectivas (Fa), obtenida por adolescentes de 14 a 16 años. Las autoridades del CMT expresaron este resultado es congruente con las evaluaciones realizadas por la institución. Manifestaron que durante todo el período lectivo 2013 – 2014, tuvieron problemas con la conducta de adolescentes que cursan octavo y noveno nivel.
- A excepción de la puntuación de las Fortalezas Afectivas (Fa) obtenida por adolescentes de 14 a 16 años, la subescala en la que menor puntaje obtuvieron los niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador en los tres grupos de

edad, fue en la de Participación Familiar (Pf). Las autoridades de la institución se sorprendieron por este resultado, debido a que la familia es el componente esencial de la institución y un valor en el que se fundamenta su trabajo. Expresaron la necesidad de reforzar el trabajo que se realiza en favor de la integración familiar en todos los programas que ofrece la institución.

- Señalaron que uno de los aspectos a mejorar es la articulación entre todas las áreas de la institución para realizar un trabajo coordinado que contribuya al incremento de las fortalezas emocionales y de comportamiento de los niños, niñas y adolescentes.
- Para finalizar las autoridades del CMT expresaron la necesidad de realizar conclusiones que puedan ser representativas de toda la población atendida por la institución y la necesidad de realizar comparaciones de los resultados con otros grupos similares.

## V. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Discusión

El primer objetivo de la presente investigación fue establecer la confiabilidad de consistencia interna en los resultados de la aplicación de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes a una muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao, en la ciudad de Quito, Ecuador. Este objetivo se cumplió realizando el cálculo de los Coeficientes Alfa de Cronbach a tres intervalos de edad para cada subescala de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. Se obtuvo 1 coeficiente de correlación alfa alto negativo, 3 coeficientes de correlación alfa medios negativo y 3 coeficientes de correlación alfa bajos negativos, 11 coeficientes de correlación alfa altos positivos, 3 coeficientes de correlación alfa medios positivos y 3 coeficientes de correlación alfa bajos positivos.

Los resultados podrían indicar que la BERS-2 tiene una consistencia interna de moderada a alta, concordando con la literatura revisada (Epstein, 2004). Más del 50% de los coeficientes alfa obtenidos tienen una magnitud de más de 0.35 y el 46% tienen una correlación alta positiva de más de 0.5. Los promedios de los coeficientes de correlación alfa más altos son los relacionados con las Fortalezas Interpersonales (Fi), Participación Familiar (Pf) y Desempeño Escolar (De). Estos resultados concuerdan con la literatura que indica que la BERS-2 presenta mayor consistencia interna especialmente en las subescalas que se relacionan con comportamientos externos (Harniss, Epstein, Ryser, & Pearson, 1999).

El promedio de los coeficientes de correlación alfa de las Fortalezas Intrapersonales (Fintr), es negativo, indicando inconsistencia en los resultados; y el promedio de los coeficientes de correlación alfa de las Fortalezas Afectivas (Fa) es positivo bajo. Este resultado concuerda con la literatura que afirma que una correlación no significativa puede indicar que existe dificultades en utilizar escalas de evaluación para determinar un estado interno (Harniss et al., 1999). Los resultados obtenidos podrían indicar que la BERS-2 es una herramienta confiable y podría ser utilizada para medir fortalezas de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, como es la callejización. La variabilidad de los resultados obtenidos con respecto a los resultados obtenidos en estudios realizados sobre la confiabilidad de la BERS-2 (Epstein, 2004; Epstein et al., 2004; Epstein, Nordness, et al., 2002; Epstein, Ryser, et al., 2002), podría deberse a la diversidad cultural del Ecuador.

El segundo objetivo de la presente investigación fue generar evidencia sobre la validez de contenido de la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes, a través de la medición del poder discriminativo de los ítems. Este objetivo se logró obteniendo el Coeficiente de Correlación de Pearson entre todas las variables de cada subescala de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes.

De todas las variables que están relacionadas, se tiene correlaciones altas positivas con valores de más de 0.5, correlaciones medias positivas con valores entre 0.3 y 0.5 y correlaciones bajas positivas, con valores de menos de 0.3. Se tiene además correlaciones medias negativas y bajas negativas (Hopkins, 2002; Sampieri et al., 1998).

De los resultados obtenidos se observó que el 22% de las variables de la subescala de Fortalezas Interpersonales (Fi) tienen una correlación positiva de media a alta y el 6% de las variables tienen una correlación estadísticamente significativa. Entre las variables de la subescala de Participación Familiar (Pf), el 25% tiene una correlación positiva de media a alta y el 14%, tiene una correlación estadísticamente significativa. Entre las variables de la subescala de Fortalezas Intrapersonales (Fintr), el 16% tiene una correlación positiva de media a alta y el 10% de las variables tiene una correlación estadísticamente significativa. Entre las variables de la subescala de Desempeño Escolar (De), el 36% tiene una correlación positiva de media a alta y el 19% tiene una correlación estadísticamente significativa. Entre las variables de la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa), el 24% tienen una correlación positiva de media a alta y el 19% tienen una correlación estadísticamente significativa. Entre las variables de la subescala de Fortalezas Vocacionales (Fv), el 60% tiene una correlación positiva de media a alta y el 20% tiene una correlación estadísticamente significativa.

Las correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de las seis subescalas podrían sugerir validez de contenido de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes y adecuado poder discriminativo de sus ítems. Se observa que la subescala de Fortalezas Vocacionales (Fv), de Fortalezas Afectivas (Fa) y la de Desempeño Escolar (De), poseen mayor poder discriminativo que las subescalas de Fortalezas Interpersonales y de Participación Familiar (Pf). La variabilidad de los resultados obtenidos con respecto a los resultados obtenidos en estudios realizados sobre la validez de la BERS-2 (Epstein, 2004; Epstein et al., 2004), podrían deberse a la diversidad cultural en el Ecuador y por el tamaño de la muestra.

Los resultados podrían indicar que los items de la BERS-2 tienen un adecuado poder discriminativo, es decir una capacidad adecuada para discriminar entre niños, niñas y adolescentes con fortalezas emocionales y de comportamiento de los que no las tienen; podrían indicar además, la capacidad de la Escala de discriminar entre niños, niñas y adolescentes con probabilidad de presentar trastornos emocionales y de comportamiento, de los que no la tienen (Epstein, 2004; Reid et al., 2000). La evidencia de la validez de contenido de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes obtenida, podría sugerir que la Escala es una opción válida para la evaluación de fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

El tercer objetivo de la presente investigación fue identificar las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao y la probabilidad de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Este objetivo se cumplió mediante la aplicación y la obtención de los puntajes de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. Los resultados obtenidos se compararon con las directrices para la interpretación de la BERS-2 que se encuentran en el Manual del Examinador (Epstein, 2004). Con estos resultados se determinaron las probabilidades que los niños, niñas y adolescentes del CMT presentaran trastornos emocionales y de conducta.

Dentro de los resultados obtenidos, un individuo (5%), obtuvo el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento muy superior; ningún individuo obtuvo el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento superior; 8 niños, niñas y adolescentes (40%),

obtuvieron el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio; 10 niños, niñas y adolescentes (50%), obtuvieron el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio; un individuo (5%), obtuvo el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento bajo el promedio; y ningún individuo del CMT obtuvo el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento escasas.

Los resultados obtenidos indican que el 90% de los niños, niñas y adolescentes del CMT obtuvieron el puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y sobre el promedio. Desagregando los resultados por subescalas, se encontró que las subescalas de Fortalezas Intrapersonales (Fintr), de Desempeño Escolar (De) y Fortalezas Vocacionales (Fv) del grupo de edad entre 10 y 12 años de edad, obtuvieron una puntuación estándar sobre el promedio; las demás subescalas tuvieron una puntuación estándar en el promedio.

Los resultados obtenidos no deben ser sobrevalorados, deben ser interpretados con bastante discreción debido a que es necesario tomar en cuenta que la BERS-2, es una herramienta que fue diseñada para ser aplicada por múltiples informantes, especialmente por aquellos que tienen un mayor grado de interacción con los niños, niñas y adolescentes, como son los padres y los maestros (Epstein, 2004). Aunque para poder afirmar que los resultados obtenidos son satisfactorios, es necesario contar con los resultados de la Escala de Evaluación de Maestros y la Escala de Evaluación de Padres. De acuerdo con la literatura, las escalas de autoevaluación de la BERS-2, como es el caso de la Escala de Evaluación para Jóvenes, no tienen un carácter de imprescindible en el proceso de evaluación, pueden ser obtenidas cuando es factible (Epstein, 2004).

El cuarto objetivo de la investigación fue plantear lineamientos que permitan al Centro del Muchacho Trabajador elaborar intervenciones para atender la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización de la ciudad de Quito, Ecuador. Para cumplir con este objetivo se realizaron varias reuniones con las autoridades del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao, en las que se presentaron los resultados obtenidos en el procesamiento de los datos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes obteniéndose las siguientes sugerencias y lineamientos del trabajo del CMT:

El 90% de niños, niñas y adolescentes del CMT obtuvieron la puntuación de fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio y en el promedio, puntaje considerado muy bueno por parte de las autoridades de la institución. Esta apreciación por parte de las autoridades del CMT es demasiado ambiciosa debido a que no es posible realizar afirmaciones conclusivas sin tener los resultados de las escalas complementarias de la BERS-2, que son la Escala de Evaluación para Padres y la Escala de Evaluación para Maestros. Además se sugiere no sobrevalorar los resultados de la BERS-2, porque al igual que cualquier instrumento de medición, la escala está sujeta a error. Este error puede estar asociado al instrumento, a la situación en la que es administrado el instrumento o al evaluador (Cervantes, 2005; Epstein, 2004).

Las autoridades del CMT expresaron que los puntajes correspondientes a fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y sobre el promedio obtenidos por los niños, niñas y adolescentes de la institución, se deben al enfoque integral, familiar y en valores

éticos de los programas ofrecidos. Pero aunque existen estudios realizados que han determinado el impacto de los programas del CMT (Calle, 2007; Rodríguez et al., 2008), es muy arriesgado afirmar que las fortalezas emocionales y de comportamiento de los niños, niñas y adolescentes son debido a dichos programas. La herramienta utilizada en el presente estudio no permite determinar los elementos que contribuyen al desarrollo de las fortalezas emocionales y de comportamiento, se sugiere realizar estudios posteriores para el efecto.

Las autoridades del CMT expresaron su sorpresa por las puntuaciones relativamente bajas obtenidas en la subescala de Participación Familiar (Pf) por los niños, niñas y adolescentes participantes en el estudio, porque los servicios y programas de la institución están orientados al fortalecimiento familiar. El CMT es la primera institución en Latinoamérica que aborda la problemática del niño trabajador en su entorno familiar (Calle, 2007), su lema es “Centro del Muchacho Trabajador – Una Familia de Familias”. La institución se fundó con el objetivo de sacar a los niños trabajadores y a sus familias de la pobreza; el mantener un vínculo familiar es un requisito de ingreso y de pertenencia a la institución (Rodríguez et al., 2008). El principio de “Familia” atraviesa todas las etapas y todos los programas desde su fundación hasta la actualidad; la familia es definida como el componente esencial y un valor en el que se fundamenta el trabajo de la institución (Calle, 2007).

Las actividades y servicios están orientadas a satisfacer las necesidades de niños, niñas y adolescentes, junto a sus respectivas familias. Por ejemplo, una vez cada mes y en forma alternada, las familias participan en mingas comunitarias para construir o mejorar las

viviendas de las otras familias de la institución, las mingas en algunas ocasiones están orientadas al mejoramiento de los servicios básicos de sus barrios; instrucción formal y no formal para toda la familia, existen programas específicos de capacitación para padres y madres de familia; abordaje del tema de salud desde la estrategia de atención familiar integral (Calle, 2007); sesiones semanales de formación en valores; convivencias y grupos de fe, entre otros.

A pesar del énfasis del trabajo con familias por parte de la institución, el puntaje más bajo en todos los grupos de edad, a excepción del puntaje obtenido en la subescala de Fortalezas Afektivas (Fa) del grupo de 14 a 16 años, fue en la subescala de Participación Familiar (Pf). Este resultado puede deberse al tamaño de la muestra, a la limitada representatividad de la muestra con respecto a la población del CMT, al hecho que los participantes de la investigación son muy jóvenes, ya que el promedio de edad es de 12,7; o puede deberse al hecho que las familias, independientemente de su raza, etnia, cultura, clase social, procedencia, confrontan siempre muchos desafíos para desempeñar efectivamente su rol de crianza (Early & GlenMaye, 2000); muchas confrontan pobreza, falta de vivienda, delincuencia, drogas, desempleo, enfermedad y demandas cambiantes de la sociedad, situaciones que generan angustia (Early & GlenMaye, 2000). La literatura indica que la vulnerabilidad de niños y niñas en situación de callejización se debe en parte a la disfuncionalidad familiar (Balachova et al., 2009; Brasesco, 2011; Gómez et al., 2008), esta situación podría ser una razón por la baja puntuación en la subescala de Participación Familiar (Pf), de los niños, niñas y adolescentes del CMT.

Ante esta situación se sugieren implementar estrategias para el mejoramiento de la participación familiar de niños, niñas y adolescentes, entendiendo la participación familiar como el involucramiento en las actividades y la toma de decisiones del grupo familiar, contando con la posibilidad de expresar sus sentimientos y opiniones y teniendo acceso a información que es relevante para su vida (Jaramillo Pérez, Ruiz Cubillos, Gómez Deantonio, López Peinado, & Álvarez, 2014).

Tomando en cuenta que dentro del enfoque de fortalezas, las evaluaciones son consideradas también intervenciones (Graybeal, 2001), se sugiere utilizar los resultados obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, con el propósito de plantear posibles intervenciones que contribuyan incrementar las fortalezas de Participación Familiar (Pf) de niños, niñas y adolescentes del CMT, como por ejemplo:

- Crear un equipo de planificación y apoyo familiar tomando en cuenta la información obtenida de la sección de preguntas abiertas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes (S. Rudolph & M. Epstein, 2000).
- Establecer metas para el mejoramiento de las fortalezas de Participación Familiar, desde la perspectiva, lenguaje, cosmovisión, intereses y necesidades de los niños, niñas, adolescentes del CMT y sus familias (De Jong & Berg, 2012). De esta forma, las familias se involucran en el proceso de cambio y se ven como actoras en el proceso de encontrar soluciones a los problemas que enfrentan (Cleaver & Walker, 2004).
- Identificar los recursos y movilizarlos en la solución de los problemas y necesidades de niños, niñas, adolescentes y sus familias. Los recursos incluyen adultos que son un referente, habilidades familiares que permiten solucionar problemas y relaciones con la

familia extendida o amigos que proveen modelos positivos (Early & GlenMaye, 2000; Epstein, 2004)

- Utilizar las calificaciones obtenidas en la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes para determinar temáticas y crear un currículo de intervención para apoyo a las necesidades específicas de las familias. Este currículo podría abordar temas relacionados con el manejo de la disciplina de niños, niñas y adolescentes, técnicas de resolución de conflictos y desarrollo de habilidades comunicacionales que permitan incrementar las fortalezas de Participación Familiar (S. Rudolph & M. Epstein, 2000).

Se sugiere trabajar con las familias promoviendo resiliencia. La resiliencia del inglés resilience, es la capacidad del ser humano de resistir, adaptarse y desarrollarse con éxito frente a los embates de la vida (Arrebola-Moreno et al., 2014; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014; The Lancet, 2014). La resiliencia se relaciona con la forma en que las personas hacen frente, superan y se fortalecen positivamente por los cambios, desafíos, tragedias y crisis (Arrebola-Moreno et al., 2014). El término proviene de la ingeniería y tiene que ver como la tendencia de algunos materiales a volver a su estado natural, luego de ejercer presión sobre ellos (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014); su uso en psicología comenzó a raíz de estudios donde se mostraba que personas que habían sufrido experiencias traumáticas, en vez de presentar disfuncionalidad, evidenciaban un crecimiento psicosocial y personal (Vázquez Valverde, 2005). Individuos resilientes utilizan emociones positivas para recuperarse de las experiencias traumáticas de forma rápida y eficaz (Contreras & Esguerra, 2006) y encontrar significado positivo en circunstancias negativas (Arrebola-Moreno et al., 2014). Los niños y niñas

resilientes se caracterizan por tener habilidades sociales, autonomía y sentido de propósito en la vida (Early & GlenMaye, 2000).

Existen factores de protección que contribuyen a aumentar la resiliencia, estos se pueden encontrar en el individuo mismo, en su familia o en su entorno (Boyden & Mann, 2005). Sobre la base de las investigaciones que han identificado las características de los niños resilientes y los factores de protección en su medio ambiente, Early & GlenMaye (2000) proponen las siguientes estrategias para desarrollar la resiliencia en familias utilizando el enfoque de las fortalezas:

- Construir sobre las fortalezas y motivaciones intrínsecas de la familia para satisfacer las necesidades y alcanzar metas.
- Trabajar en forma colaborativa para identificar fortalezas y metas.
- Incentivar e incrementar la participación e involucramiento de la familia.
- Generar altas expectativas (Early & GlenMaye, 2000).

Jaramillo – Pérez et. al. (2014) identifica cuatro ejes que promueven la participación familiar de niños, niñas y adolescentes, estos son: el favorecimiento de vínculos, el reconocimiento y desarrollo de competencias, el reconocimiento de la singularidad y el fomento de la participación. En relación al favorecimiento de vínculos, plantea algunas estrategias como:

- Mejorar la sensibilidad de los padres frente a las señales de niño, niña y adolescente y modificar sus patrones de interacción.
- Fomentar la parentalidad de calidad en situaciones adversas.

- Promover las habilidades sociales y factores protectores frente a situaciones de crisis (Jaramillo Pérez et al., 2014).

En relación con el reconocimiento y desarrollo de competencias, se sugieren las siguientes estrategias:

- Practicar la calidez y el afecto en las relaciones, así como el reconocimiento de logros.
- Ejercer control y supervisión del comportamiento del niño, niña o adolescente mediante la comunicación y el fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades.
- Estimular y apoyar el aprendizaje del niño, niña o adolescente fomentando su motivación y prestándole ayuda contingente para planificar actividades y solucionar dificultades partiendo de sus capacidades (Jaramillo Pérez et al., 2014).

Algunas estrategias propuestas para el reconocimiento de la singularidad del niño, niña y adolescente son:

- Identificar las características que hacen del niño, niña o adolescente un sujeto diferente de los otros.
- Propiciar condiciones que permitan al niño, niña o adolescente reconocer cuáles son sus propios sentimientos, emociones y pensamientos.
- Promover, con base en el conocimiento de sí mismo, la capacidad de autorregulación para que el niño, niña o adolescente pueda guiar sus decisiones a partir de sentimientos, emociones y pensamientos propios (Jaramillo Pérez et al., 2014).

En relación al fomento de la participación, algunas de las estrategias que se proponen son las siguientes:

- Desarrollar en familia acciones de escucha de los niños, niñas y adolescentes interpretando el sentido que tienen sus ideas sin “ideologizarlas desde el mundo adulto”; evaluar el impacto que tiene darles mayor participación en la vida familiar.
- Desarrollar ejercicios que permitan aceptar que contradecir o rebatir una forma de ver las cosas no es sinónimo de irrespeto y que se pueden abrir espacios de discusión constructiva en la familia.
- Aprovechar atributos propios del pensamiento infantil como la sinceridad y la espontaneidad para “construir el mundo desde una perspectiva no contaminada por los procesos que determinan la lógica y la razón” (Jaramillo Pérez et al., 2014).

Las autoridades del CMT también expresaron preocupación por la puntuación baja obtenida por los adolescentes del grupo de edad entre 14 y 16 años en la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa); manifestaron que durante el período lectivo 2013 – 2014, tuvieron serios problemas de disciplina con estudiantes de octavo y noveno grado. De acuerdo con la literatura, estos jóvenes se encuentran en la etapa intermedia de la adolescencia (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003) y la puntuación baja en la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa), puede deberse a esta razón.

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre el inicio de la pubertad alrededor de los 12 años y el logro de la madurez adulta física, alrededor de 21 años, durante el cual se observan cambios significativos en el orden biológico,

cognitivo y psicosocial (Bhatia, 2009; Gavilanes Endara, Moreta Paredes, & Jaramillo Ávila, 2009; Shutt-Aine & Maddaleno, 2003; Statt, 1998; Weiner, Lerner, & Easterbrooks, 2012). Estos cambios afectan no solo las vidas, sino las relaciones de los y las adolescentes (Acun-Kapikiran, KÖRÜKcÜ, & Kapikiran, 2014); influyen en el modo en que el joven se percibe a sí mismo y es percibido por los demás (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003). Los cambios rápidos en la estatura, las proporciones y las concentraciones hormonales son desestabilizadores; muchas sustancias químicas específicas en el cuerpo se correlacionan con reacciones impulsivas, por lo que se asumen más riesgos de todo tipo en la adolescencia (Berger, 2007).

El autoestima es determinante del bienestar emocional del joven y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003). El autoestima es definida como la auto percepción positiva o negativa (Acun-Kapikiran et al., 2014); se refiere a la forma como el o la adolescente se percibe y se evalúa en contextos experienciales y ambientales (García-Sánchez, Burgueño-Menjibar, López-Blanco, & Ortega, 2013). Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres y pares contribuyen a aumentar el autoestima de los adolescentes (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003). Las evaluaciones basadas en las fortalezas, al enfocar lo que está bien con el adolescente y no lo que está mal, contribuyen no solo a la solución de sus problemas, sino al mejoramiento de su autoestima, por lo que se consideran la metodología más adecuada de intervención.

Existen pocos estudios empíricos sobre la utilización de la metodología de la Evaluación Basada en Fortalezas para la elaboración de planes de intervención que

contribuyan al incremento de fortalezas de adolescentes (Cosden et al., 2006). Los planes de intervención se han realizado en la mayoría de los casos en forma individual utilizando la información obtenida de la aplicación de la BERS-2 (Cosden et al., 2006; Early & GlenMaye, 2000; Epstein, Dakan, Oswald, & Yoe, 2001). Epstein et al. (2001) describe el uso de la información obtenida del BERS para la elaboración de un plan de intervención de un adolescente con problemas severos de conducta. Se observó en el adolescente fortalezas intrapersonales, incluyendo popularidad, capacidad de disfrutar de una afición, sentido del humor y voluntad de hablar con otros acerca de sus sentimientos; los puntajes obtenidos en las fortalezas de Participación Familiar (Pf) y Desempeño Escolar (De), fueron considerados bajas (Epstein et al., 2001). El plan de intervención elaborado para este joven, implicó su participación en actividades de su área de interés y habilidades; así como asesoramiento personal abordando las áreas que necesitaban remediación como el bajo rendimiento escolar y conflictos familiares (Epstein et al., 2001).

Cosden et. al. (2004), utilizó el enfoque de las fortalezas en dos estudios con 215 adolescentes con problemas de abuso de sustancias, participantes de un programa de rehabilitación del Tribunal Juvenil de Drogas de los Estados Unidos. En el primer estudio se administró el *Adolescent Addiction Severity Index* (AASI), el *Youth Self-Report* (YSR) y la *Family Adaptability and Cohesion Scales-II* (FACES-II) a los adolescentes; dos instrumentos fueron administrados a los padres, la *Child Behavior Checklist* (CBCL) y la FACES-II (Cosden, Panteleakos, Gutierrez, Barazani, & Gottheil, 2004). Estas evaluaciones fueron utilizadas para determinar las fortalezas de los participantes y su relación con el éxito en el programa de rehabilitación de abuso de sustancias. Los resultados indicaron que el apoyo

familiar, las fortalezas personales, y el desempeño en la escuela, se asociaron con el éxito en el tratamiento (Cosden et al., 2004). La información obtenida fue utilizada para reorientar los esfuerzos del programa a incentivar la participación familiar y el desempeño escolar de los adolescentes participantes en el programa. Además se añadieron las evaluaciones antes mencionadas en el protocolo de cada participante que ingresa en el programa para determinar las fortalezas de los participantes y planificar tratamientos individualizados en estas áreas (Cosden et al., 2004)

En el segundo estudio los procedimientos iniciales de evaluación fueron revisados después del primer año del programa, añadiéndose otros instrumentos con el propósito de obtener información para mejorar las intervenciones y resultados (Cosden et al., 2004). Se administraron evaluaciones formales e informales basadas en fortalezas siguiendo el siguiente protocolo:

- Realización de dos reuniones iniciales con cada adolescente, la primera con el propósito de clarificar sus valores, cualidades personales y planes futuros. La segunda con el propósito de generar un compromiso con el o la adolescente para alcanzar sus objetivos.
- Realización de una entrevista semiestructurada con cada adolescente, para evaluar la presencia de los 40 Elementos Fundamentales del Desarrollo relacionados con resultados positivos en la juventud, identificados por el Search Institute (Institute, 2003).

- Administración del cuestionario *How I Think*. Este cuestionario identifica a través de 57 declaraciones la presencia o ausencia de distorsión cognitiva en el adolescente (Barriga & Gibbs, 1996).
- Administración del Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997).
- Entrevista con la figura paterna con el propósito de solicitar información sobre las fortalezas del adolescente y de la familia.
- Elaboración de un reporte clínico integrando los hallazgos obtenidos en las evaluaciones administradas. Este reporte incluye información del adolescente como motivación para el cambio, bienes personales, sociales y familiares; presencia o ausencia de distorsiones cognitivas; capacidad para identificar áreas de fortalezas personales y debilidades. El proceso fue considerado terapéutico, ya que los clientes y el evaluador discutieron las fortalezas del adolescente, estableciendo un marco positivo para el tratamiento (Cosden et al., 2004).

Los ejemplos mencionados proveen evidencia que la evaluación basada en fortalezas es una metodología utilizada para desarrollar planes de intervención y podría ser una metodología adecuada para incrementar las Fortalezas Afectivas (Fa) de adolescentes de 14 a 16 años del Centro del Muchacho Trabajador de Cotacollao en la ciudad de Quito, Ecuador.

## **5.2 Limitaciones**

Se encontraron algunas limitaciones en la investigación, entre ellas, la aplicación únicamente de la Escala de Evaluación para Jóvenes para determinar las fortalezas emocionales y de comportamiento de los niños, niñas y adolescentes del CMT, situación que

no invalida los resultados obtenidos, ni significa que sea indispensable la aplicación de las otras dos escalas de la BERS-2.

Otra de las limitaciones de la investigación es el tamaño y la representatividad de la muestra. A pesar de haber presentado suficiente evidencia para justificar el tamaño de la muestra, debido a los cálculos realizados en la determinación de las propiedades psicométricas de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, una muestra pequeña puede generar problemas (Epstein et al., 2004). Además no se determinó si la muestra es representativa de la población del CMT en términos de edad, género, etnia, nivel educativo de los padres, por ejemplo. Los resultados pudieran variar con una muestra mayor y representativa de la población del CMT.

Otra limitación encontrada en la herramienta utilizada, es que permite evaluar las fortalezas emocionales y de comportamiento de niños, niñas y adolescente, pero no tiene la capacidad de diagnosticar trastornos emocionales y de conducta. Tampoco tiene la capacidad de determinar los factores que contribuyen para el desarrollo de las fortalezas emocionales y de comportamiento.

Una última limitación identificada, es que el estudio no contó con un grupo de control; las conclusiones se realizaron con base en una sola medición de una muestra pequeña. Futuros estudios pudieran ser beneficiados al estudiar las fortalezas de diferentes poblaciones, teniendo un grupo de control que guarde las mismas características que la población estudiada. Futuros

estudios que tengan el propósito de validación de instrumentación o de realizar conclusiones sobre niños y niñas en situación de callejización deberían contar con un grupo de control.

### 5.3 Recomendaciones

En el presente estudio se aplicó únicamente la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes, situación que no invalida los resultados obtenidos, ni significa que sea indispensable la aplicación de las otras dos escalas de la BERS-2. Pero tomando en cuenta que la BERS-2 fue diseñada para ser aplicada por múltiples informantes en base de la creencia que no existe una sola fuente o recurso que agote la información necesaria para el entendimiento de niños, niñas y adolescentes (Epstein, 2004), se recomienda la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Padres y Escala de Evaluación para Maestros.

Se recomienda realizar un estudio posterior con una muestra de niños, niñas y adolescentes del Centro del Muchacho Trabajador que sea representativa en número y en características demográficas de los integrantes de la institución. Se recomienda además que la obtención de la muestra sea en forma aleatoria.

Se recomienda aplicar la Escala a un grupo mayor de 11 años, ya que se observó que la confiabilidad aumenta a medida aumenta la edad de los participantes. En los Estados Unidos por ejemplo, no se permite que niños menores de 11 años se autoevalúen con la *Strengths and Difficulties Questionnaire*, porque los reportes de las emociones y comportamientos por parte de los padres son más confiables que las de los propios niños (Garrett, 2004).

Se recomienda tener un grupo de control que guarde las mismas características con la población estudiada, a excepción de la situación de callejización, con el propósito de determinar si los resultados obtenidos se deben a dicha condición o a otros factores como edad, género, etnia, clase social, o a alguna otra condición individual.

Se recomienda utilizar un método mixto, cualitativo y cuantitativo para la identificación de las fortalezas de niños, niñas en situación de callejización. Debido a que los resultados obtenidos de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes son demasiado amplios, se sugiere aplicar además una entrevista semi-estructurada utilizando los principios y metodología de las evaluaciones basadas en fortalezas, que provea información más específica para desarrollar intervenciones que atiendan la vulnerabilidad de niños, niñas en situación de callejización.

Se recomienda darle seguimiento a niños, niñas y adolescentes que obtengan puntajes que indiquen riesgo de presentar trastornos emocionales y de conducta. Para lo cual se recomienda realizar un convenio de cooperación interinstitucional con el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito y el Centro del Muchacho Trabajador, con el propósito de proveer asistencia psicológica a los niños, niñas y adolescentes del CMT que lo necesitare.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Ruiz, M. (2002). Los menores de la calle y su incidencia en la Comisión de Delitos en Quito.
- Acun-Kapikiran, N., KÖRÜKÜ, Ö., & Kapikiran, Ş. (2014). The Relation of Parental Attitudes to Life Satisfaction and Depression in Early Adolescents: The Mediating Role of Self-esteem. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(4), 1246-1252. doi: 10.12738/estp.2014.4.2137
- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual review of public health*, 15(1), 487-509.
- Aday, L. A. (2002). *At Risk in America : The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States* (Second ed. Vol. 13). San Francisco, California: John Wiley & Sons.
- Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health affairs*, 21(2), 60-76.
- Ahmadkhaniha, H. R., Shariat, S. V., Torkaman-Nejad, S., & Moghadam, M. M. H. (2007). The frequency of sexual abuse and depression in a sample of street children of one of deprived districts of Tehran. *Journal of child sexual abuse*, 16(4), 23-35.
- Aiko, M., & Yoko, K. (2014). Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 8(1), 1-24. doi: 10.1186/1753-2000-8-1
- Al-Mutairi, H., & Al-Khurinej, A. (2008). The Psychometric Properties of the Arabic Version of the Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS). *Digest of Middle East Studies*, 17(2), 54-65.
- Albrecht, S. F., & Braaten, S. (2008). Strength-based assessment of behavior competencies to distinguish students referred for disciplinary intervention from nonreferred peers. *Psychology in the Schools*, 45(2), 91-103.
- Ali, M., & De Muynck, A. (2005). Illness incidence and health seeking behaviour among street children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan—a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 31(5), 525-532.
- Allotey, P., Verghis, S., Alvarez-Castillo, F., & Reidpath, D. D. (2012). Vulnerability, equity and universal coverage—a concept note. *BMC Public Health*, 12(Suppl 1), S2.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Tests psicológicos* (7a. Edición ed.). México Pearson Educación.
- Aptekar, L. (1989). Characteristics of the Street Children of Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 13(3), 427-437.
- Armas Hernández, M. d., Carreiro Estévez, J., & Escuela Quintero, M. (2010). Visión de la vulnerabilidad en el campo de la inadaptación social. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds*(3), 53-63.
- Arrebola-Moreno, A. L., Garcia-Retamero, R., Catena, A., Marfil-Álvarez, R., Melgares-Moreno, R., & Ramírez-Hernández, J. A. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 14(2), 111-119.

- Asamblea Nacional. (2012). *Código de la Niñez y la Adolescencia*. Quito, Ecuador: Registro Oficial.
- Ataei, B., Tayeri, K., Kassaian, N., Farajzadegan, Z., & Babak, A. (2010). Hepatitis B and C among patients infected with human immunodeficiency virus in Isfahan, Iran: seroprevalence and associated factors. *Hepatitis monthly*, *10*(3), 188.
- Backhoff Escudero, E., Larrazolo Reyna, N., & Rosas Morales, M. (2000). Nivel de dificultad y poder de discriminación del Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos (EXHCOBA). *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, *2*(1).
- Bal, B., Mitra, R., Mallick, A. H., Chakraborti, S., & Sarkar, K. (2010). Nontobacco substance use, sexual abuse, HIV, and sexually transmitted infection among street children in Kolkata, India. *Substance use & misuse*, *45*(10), 1668-1682.
- Balachova, T. N., Bonner, B. L., & Levy, S. (2009). Street children in Russia: steps to prevention. *International Journal of Social Welfare*, *18*(1), 27-44.
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the "How I Think" questionnaire. *Aggressive Behavior*, *22*(5), 333-343.
- Barriuso-Lapresa, L. M., Hernando-Arizaleta, L., & Rajmil, L. (2014). Valores de referencia de la versión para padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en población española, 2006. (Spanish). *Reference values of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) version for parents in the Spanish population, 2006. (English)*, *42*(2), 43-48.
- Benner, G. J., Beaudoin, K., Mooney, P., Uhing, B. M., & Pierce, C. D. (2008). Convergent validity with the BERS-2 teacher rating scale and the Achenbach teacher's report form: A replication and extension. *Journal of Child and Family Studies*, *17*(3), 427-436.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*: Ed. Médica Panamericana.
- Bernat, D. H., Maldonado-Molina, M., Hyland, A., & Wagenaar, A. C. (2013). Effects of Smoke-Free Laws on Alcohol-Related Car Crashes in California and New York: Time Series Analyses From 1982 to 2008. *American Journal of Public Health*, *103*(2), 214-219. doi: 10.2105/AJPH.2012.300906
- Bhatia, M. S. (2009). *Dictionary of Psychology and Allied Sciences*. Daryaganj, Delhi, IND: New Age International.
- Blane, D. (1995). Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health*, *85*(7), 903-905.
- Blundo, R. (2001). Learning strengths-based practice: Challenging our personal and professional frames. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *82*(3), 296-304.
- Boyden, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience, and coping in extreme situations. *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*, 3-26.
- Brasesco, M. V. (2011). Niños de la calle: Buenos Aires SXXI. *Ciencias Psicológicas*, *5*(1), 7-18.
- Breuer, D., Görtz-Dorten, A., Rothenberger, A., & Döpfner, M. (2011). Assessment of daily profiles of ADHD and ODD symptoms, and symptomatology related to ADHD medication, by parent and teacher ratings. *European child & adolescent psychiatry*, *20*(2), 289-296.

- Briceño Ayala, L., & Pinzón Rondón, Á. M. (2004). Efectos del trabajo infantil en la salud del menor trabajador. *Revista de Salud Pública*, 6, 270-288.
- Bunn Jr, P. I. A. (2012). Worldwide Overview of the Current Status of Lung Cancer Diagnosis and Treatment. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 136(12), 1478-1481. doi: 10.5858/arpa.2012-0295-SA
- Calle, M. A. (2007). *42 años abriendo caminos de dignidad*. Quito, Ecuador: CMT.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Carrasco Soto, C. I., Maldonado-Radillo, S. E., & López Torres, V. G. (2014). Evaluación de la validez y confiabilidad de un instrumento de medición de la gestión de la diversidad: Industria Aeroespacial. *Revista Internacional Administración & Finanzas*, 7(5), 1-10.
- Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en medición*, 3(1), 9-28.
- Clarke, P. J., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Schulenberg, J. E., & Lantz, P. (2009). Differential trends in weight-related health behaviors among American young adults by gender, race/ethnicity, and socioeconomic status: 1984-2006. *American Journal Of Public Health*, 99(10), 1893-1901. doi: 10.2105/AJPH.2008.141317
- Cleaver, H., & Walker, S. (2004). *Assessing children's needs and circumstances: the impact of the assessment framework*: Jessica Kingsley Publishers.
- Conley, L., Marchant, M., & Caldarella, P. (2014). A comparison of teacher perceptions and research -based categories of student behavior difficulties. *Education*, 134(4), 439-451.
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Cosden, M., Koegel, L. K., Koegel, R. L., Greenwell, A., & Klein, E. (2006). Strength-Based Assessment for Children With Autism Spectrum Disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31(2).
- Cosden, M., Panteleakos, F., Gutierrez, L., Barazani, S., & Gottheil, E. (2004). Strength-based assessment of adolescents who abuse drugs: Implications for helping high-risk youth. *The California School Psychologist*, 9(1), 115-126.
- Cowger, C. D. (1994). Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment. *Social Work*, 39(3), 262-268.
- Chambers, R. (1989). Vulnerability, Coping and Policy. *IDS Bulletin*, 20(2), 1-7. doi: 10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x
- Dahlman, S., Bäckström, P., Bohlin, G., & Frans, Ö. (2013). Cognitive abilities of street children: Low-SES Bolivian boys with and without experience of living in the street. *Child Neuropsychology*, 19(5), 540-556. doi: 10.1080/09297049.2012.731499
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*: Cengage Learning.
- Dehn, M. J. (2013). *Essentials of Processing Assessment (2nd Edition)*. Somerset, NJ, USA: Wiley.
- Díaz, F. R., Lopez, F. J. B., Font, E. S., & Guijosa, L. P. (2010). Bioestadística: métodos y aplicaciones.
- Domino, G., & Domino, M. (2002). *Psychological Testing : An Introduction*. West Nyack, NY, USA: Cambridge University Press.
- Early, T. J., & GlenMaye, L. F. (2000). Valuing Families: Social Work Practice with Families from a Strengths Perspective. *Social Work*, 45(2), 118-130.

- Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B. J., Chorpita, B. F., Higa-McMillan, C. K., & Weisz, J. R. (2010). Concurrent validity of the child behavior checklist DSM-oriented scales: Correspondence with DSM diagnoses and comparison to syndrome scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 373-384.
- Eloff, I., Ebersöhn, L., & Viljoen, J. (2007). Reconceptualising vulnerable children by acknowledging their assets. *African Journal of AIDS Research*, 6(1), 79-86.
- Epstein, M. (1999). The development and validation of a scale to assess the emotional and behavioral strengths of children and adolescents. *Remedial and Special Education*, 20(5), 258-262.
- Epstein, M. (2000). The behavioral and emotional rating scale: A strength-based approach to assessment. *Assessment for Effective Intervention*, 25(3), 249-256.
- Epstein, M. (2004). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual*: Pro-Ed Austin, TX.
- Epstein, M., Dakan, E., Oswald, D. P., & Yoe, J. T. (2001). Using strengths-based data to evaluate children's mental health programs.
- Epstein, M., Harniss, M. K., Pearson, N., & Ryser, G. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale: Test-Retest and Inter-Rater Reliability. *Journal of Child & Family Studies*, 8(3), 319-327.
- Epstein, M., Mooney, P., Ryser, G., & Pierce, C. (2004). Validity and reliability of the behavioral and emotional rating scale: Youth rating scale. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 358-367.
- Epstein, M., Nordness, P., Nelson, J., & Hertzog, M. (2002). Convergent Validity of the Behavioral and Emotional Rating Scale with Primary Grade—Level Students. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 114-121.
- Epstein, M., & Rudolph, S. (2000). Using Strength-Based Assessment in Transition Planning. *Teaching Exceptional Children*, 32(6), 50.
- Epstein, M., Ryser, G., & Pearson, N. (2002). Standardization of the Behavioral and Emotional Rating Scale: Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(2), 208.
- Epstein, M., & Sharma, J. M. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A Strength-Based Approach to Assessment: Examiner's Manual*: Pro-Ed Austin, TX.
- Epstein, M., & Synhorst, L. (2008). Preschool Behavioral and Emotional Rating Scale (PreBERS): Test–retest reliability and inter-rater reliability. *Journal of Child and Family Studies*, 17(6), 853-862.
- Flaskerud, J. H., & Strehlow, A. J. (2008). A culture of homelessness? *Issues in Mental Health Nursing*, 29(10), 1151-1154.
- Flaskerud, J. H., & Winslow, B. J. (1998). Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nursing Research*, 47(2), 69-78.
- Flaskerud, J. H., & Winslow, B. W. (2010). Vulnerable Populations and Ultimate Responsibility. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(4), 298-299. doi: 10.3109/01612840903308556
- Fleischer, N. L., Diez Roux, A. V., Alazraqui, M., Spinelli, H., & Lantz, P. M. (2011). Socioeconomic Patterning in Tobacco Use in Argentina, 2005. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(10), 894-902.
- Freire, W. B., Ramírez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., & Silva, K. M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT- ECU 2011 - 2013)*. Quito, Ecuador: MSP.

- Fukuda, Y., Nakamura, K., & Takano, T. (2005). Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, *5*, 53-10. doi: 10.1186/1471-2458-5-53
- García-Sánchez, A., Burgueño-Menjíbar, R., López-Blanco, D., & Ortega, F. B. (2013). Condición física, adiposidad y autoconcepto en adolescentes. Estudio piloto. (Spanish). *PHYSICAL FITNESS, ADIPOSITY AND SELF-CONCEPT IN ADOLESCENTS. A PILOT STUDY. (English)*, *22*(2), 453-461.
- Garrett, P. M. (2004). *Remaking Social Work with Children and Families*. New York, USA: RoutledgeTaylor and Francis Group.
- Gavilanes Endara, G., Moreta Paredes, J., & Jaramillo Ávila, D. (2009). *Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Dirección*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Gilgun, J. (1999). CASPARS: New Tools for Assessing Client Risks and Strengths. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *80*(5), 450-459. doi: 10.1606/1044-3894.1474
- Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, *279*(14), 1100-1107.
- Gómez, M. L., de la Luz Sevilla, M., & Álvarez, N. (2008). Vulnerabilidad de los Niños de la Calle. *Acta bioethica*, *14*(2), 219-223.
- González, L. L., & Cueto, E. G. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, *12*(Suplemento), 340-343.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, *38*(5), 581-586.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Gorriti, C. R., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., . . . Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Rev Panam Salud Publica*, *29*(5), 345.
- Graybeal, C. (2001). Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *82*(3), 233-242.
- Gurrola, G. M., & Peña, G. M. G. (1998). *Infancia y crisis*: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Harniss, M. K., Epstein, M. H., Ryser, G., & Pearson, N. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale Convergent Validity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *17*(1), 4-14.
- Hopkins, W. G. (2002). A scale of magnitudes for effect statistics. *A new view of statistics*.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., Lantz, P. M., Robert, S. A., & Chen, J. (2000). Excess mortality among urban residents: how much, for whom, and why? *American Journal Of Public Health*, *90*(12), 1898-1904.
- Hutz, C. S., & Koller, S. H. (1999). Methodological and Ethical Issues in Research with Street Children. *New Directions for Child & Adolescent Development*, *1999*(85), 59-70.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador: INEC.
- INEC. (2011a). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Quito, Ecuador: INEC.
- INEC. (2011b). *Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones*. Quito, Ecuador: INEC.

- INEC. (2012). *Encuesta de Trabajo Infantil*. Quito, Ecuador: INEC.
- INEC. (2013). *Reporte Economía Laboral, marzo, 2013*. Quito, Ecuador.
- Institute, S. (2003). 40 Developmental assets for adolescents. Retrieved 7/10/2014, 2014, from <http://www.search-institute.org/research/developmental-assets>
- Iqbal, M. W. (2008). Street children: an overlooked issue in Pakistan. *Child Abuse Review*, 17(3), 201-209.
- Israelski, D. M., Prentiss, D. E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad, M., . . . Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19(2), 220-225. doi: 10.1080/09540120600774230
- Jadue J., G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 193-204.
- Jansen, P., Richter, L., Griesel, R., & Joubert, J. (1990). Glue sniffing: A description of social, psychological and neuropsychological factors in a group of South African 'street children'. *South African Journal of Psychology*, 20(3), 150-158.
- Jaramillo Pérez, J. M., Ruiz Cubillos, M. I., Gómez Deantonio, A. N., López Peinado, L. D., & Álvarez, L. P. (2014). Estrategias para la inclusión de niños, niñas y adolescentes en contextos familiares. (Spanish). *Strategies in Family Contexts to Enhance Infant Inclusion. (English)*, 32(3), 477-493.
- Karmacharya, D., Yu, D., Dixit, S., Rajbhandari, R., Subedi, B., Shrestha, S., . . . Santangelo, S. (2012). A study of the prevalence and risk factors leading to HIV infection among a sample of street children and youth of Kathmandu. *AIDS Research and Therapy*, 9(1), 25.
- Kobin, C., & Tyson, E. (2006). Thematic analysis of hip-hop music: Can hip-hop in therapy facilitate empathic connections when working with clients in urban settings? *The arts in psychotherapy*, 33(4), 343-356.
- Lamprea M, J. A., & Gómez-Restrepo, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 340-348.
- Lantz, P. M., Golberstein, E., House, J. S., & Morenoff, J. (2010). Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality in a national 19-year prospective study of US adults. *Social science & medicine*, 70(10), 1558-1566.
- Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of us adults. *JAMA*, 279(21), 1703-1708. doi: 10.1001/jama.279.21.1703
- Lantz, P. M., Mujahid, M., Schwartz, K., Janz, N. K., Fagerlin, A., Salem, B., . . . Katz, S. J. (2006). The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *American Journal Of Public Health*, 96(12), 2173-2178.
- Laurer, G. R., Albert, R. E., Kneip, T. J., Pasternack, B., Strehlow, C., Nelson, N., & Kent, F. S. (1973). The Distribution of Lead Paint in New York City Tenement Buildings. *American Journal of Public Health*, 63(2), 163-168.
- LaVeist, T. A. (2005). *Minority Populations and Health : An Introduction to Health Disparities in the United States* Retrieved from <http://usfq.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=227432>

- le Roux, J., & Smith, C. S. (1998). Is the street child phenomenon synonymous with deviant behavior? *Adolescence*, 33(132), 915.
- Ledesma, R., Ibañez, G. M., & Mora, P. V. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF*, 7(2), 143-152.
- Leeb, R. T. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Leight, S. B. (2003). The Application of a Vulnerable Populations Conceptual Model to Rural Health. *Public Health Nursing*, 20(6), 440. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20604.x
- Logan, H., Guo, Y., Dodd, V. J., Muller, K., & Riley Iii, J. (2013). The burden of chronic diseases in a rural North Florida sample. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-13-906
- López Pardo, C. M. (2007). La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 0-0.
- Llobet, V. (2005). *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión: Herramientas para la transformación*: Noveduc. com.
- MacArthur, J., Rawana, E. P., & Brownlee, K. (2011). Implementation of a Strengths-Based Approach in the Practice of Child and Youth Care. *Relational Child & Youth Care Practice*, 24(3).
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Paper presented at the Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud., Buenos Aires Argentina.
- Merrell, K. W., & Whitcom, S. (2008). *Behavioral, Social, and Emotional Assessment of Children and Adolescents* (Third edition ed.). New York: Routledge.
- Miller, R., & Prosek, E. A. (2013). Trends and Implications of Proposed Changes to the DSM-5 for Vulnerable Populations. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 359-366. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00106.x
- Mohai, P., Lantz, P. M., Morenoff, J., House, J. S., & Mero, R. P. (2009). Racial and Socioeconomic Disparities in Residential Proximity to Polluting Industrial Facilities: Evidence From the Americans' Changing Lives Study. *American Journal of Public Health*, 99(S3), S649-S656.
- Moser, C. O. (2010). *Ordinary families, extraordinary lives: Assets and poverty reduction in Guayaquil, 1978-2004*: Brookings Institution Press.
- MSP. (2013). Unidad de Nutrición. Retrieved julio 2013
- Muñoz, C., Ajagan, L., Saéz, G., Cea, R., & Luengo, H. (2013). Relaciones dialécticas antagónicas entre la cultura escolar y la cultura familiar de niños y niñas de contextos vulnerables. *Universum (Talca)*, 28(1), 129-148.
- Murray, L. K., Singh, N. S., Surkan, P. J., Semrau, K., Bass, J., & Bolton, P. (2012). A Qualitative Study of Georgian Youth Who Are on the Street or Institutionalized. *International Journal of Pediatrics*, 1-11. doi: 10.1155/2012/921604
- Naik, P. R., Gokhe, S. S. B., Shinde, R. R., & Nirgude, A. S. (2011). Street children of Mumbai: Demographic profile and substance abuse. *Biomedical Research*, 22(4), 495-498.
- Nyamathi, A., & Koniak, D. (2007). *Vulnerable Populations*: Springer Publishing Company.

- ODNA. (2010). Los niños y niñas en el Ecuador a inicios del siglo XXI. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil, 2010. Quito, Ecuador: ODNA.
- ODNA. (2012). Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 1990 - 2011. A 21 años de la Convención de los Derechos del Niño. Quito, Ecuador: ODNA.
- Okundaye, J. N., Smith, P., & Lawrence-Webb, C. (2001). Incorporating spirituality and the strengths perspective into social work practice with addicted individuals. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 65-82.
- Olgar, S., Dindar, A., Ertugrul, T., Omeroglu, R. E., & Aydogan, U. (2008). Electrocardiographic and echocardiographic findings in street children known to be substance abusers. *Cardiology in the Young*, 18(01), 58-61.
- Oliden, P. E. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Omanga, E., Ulmer, L., Berhane, Z., & Gatari, M. (2014). Industrial air pollution in rural Kenya: community awareness, risk perception and associations between risk variables. *BMC Public Health*, 14(1), 1-27. doi: 10.1186/1471-2458-14-377
- OMS. (2010). *Working with Street Childrens, Module 1: A profile of Street Children*. Ginebra, Suiza: OMS.
- ONU. (2000). Module 1: A profile of street children *A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs* (Vol. 1). Geneva, Switzerland: ONU.
- Ortiz Guitart, A. (2008). Geografías de la infancia: descubriendo «nuevas formas» de ver y de entender el mundo. *Documents d'anàlisi geogràfica*(49), 197-216.
- Padilla, J. L., González, A., & Pérez, C. (1998). Diferencias instruccionales y funcionamiento diferencial de los ítems: Acuerdo entre el método Mantel-Haenszel y la regresión logística. *Psicológica*, 19, 201-215.
- Perea-Martínez, A., Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J., Baez-Medina, V., Martín-Martín, V., Monroy-Villafuerte, A., & Venteño-Jaramillo, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 58(4), 1665-1146.
- Peter, J. P. (1979). Reliability: a review of psychometric basics and recent marketing practices. *Journal of marketing research*, 6-17.
- Philip, D., & Rayhan, M. I. (2004). Vulnerability and Poverty: What are the causes and how are they related? *ZEF Bonn, center for Development Research, University of Bonn*.
- Phillips, C. A. (1992). Vulnerability in family systems: application to antepartum. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 6(3), 26-36.
- Pico, I. J., & Sánchez, R. M. (2010). *En los márgenes: el trabajo infantil como práctica cultural*: Flacso-Sede Ecuador.
- Pinheiro, P. S. (2006). Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas: Nueva York: Naciones Unidas.
- Pinzon-Rondon, A. M., Koblinsky, S. A., Hofferth, S. L., Pinzon-Florez, C. E., & Briceno, L. (2009). Work-related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 235-243.
- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina: CEPAL NACIONES UNIDAS.

- Pluck, G. (2013). Cognitive abilities of ‘street children’: A systematic review. *Chuo Journal of Policy Sciences and Cultural Studies*, 21, 121-133.
- Pluck, G. (2014). *Street Children of Latin America*. London, England: British Psychological Society.
- Power, C., & Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, 350(9091), 1584.
- Prisadov, G., Uchikov, A., Welker, K., Wallimann, H., & Kesieme, E. (2013). Age and smoking as risk factors for malignancy in patients with peripheral solitary pulmonary nodules. *Journal of Solid Tumors*, 3(2), 63-68. doi: 10.5430/jst.v3n2p63
- RAE. (2008). RAE. 2005. Diccionario de la lengua española.
- Ramsay, M. C., Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2002). *Essentials of behavioral assessment* (Vol. 37): Wiley. com.
- Rana, H. U. R., & Chaudhry, H. U. R. (2011). Street Children: A Great Loss to Human Resource Development in Pakistan. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 31(1), 15-27.
- Ravid, R. (2010). *Practical Statistics for Educators*. Blue Ridge Summit, PA, USA: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Reid, R., Epstein, M. H., Pastor, D. A., & Ryser, G. R. (2000). Strengths-based assessment differences across students with LD and EBD. *Remedial and Special Education*, 21(6), 346-355.
- Richter, L. M. (1996). The psychological assessment of South African street children. *Africa Insight*, 26(3), 211.
- Rodríguez, N., Duhalde, C., & Rojas, L. (2008). *Transformar con amor, Metodología del Centro del Muchacho Trabajador*. Quito, Ecuador.: CMT.
- Roelen, K., Gassmann, F., & de Neubourg, C. (2009). The importance of choice and definition for the measurement of child poverty—the case of Vietnam. *Child Indicators Research*, 2(3), 245-263.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72.
- Rudolph, S., & Epstein, M. (2000). Empowering children and families through strengths-based assessment *Reclaiming Children and Youth*, 8(4), 207-209.
- Rudolph, S. M., & Epstein, M. H. (2000). Empowering children and families through strength-based assessment. *Reclaiming Children and Youth*, 8(4), 207-209.
- Rutherford Jr., R. B., Quinn, M. M., & Mathur, S. R. (2004). *Handbook of Research in Emotional and Behavioral Disorders*
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. d. I. L. C. (1998). *Metodología de la investigación*: McGraw-Hill México.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España. (Spanish). *Personality and resilience in a special corps of the National Police in Spain. (English)*, 30(2), 75-81. doi: 10.1016/j.rpto.2014.06.003
- Sánchez Pedraza, R., & Gómez Restrepo, C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev. colomb. psiquiatr*, 27(2), 121-130.

- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Rev salud pública*, 6(3), 302-318.
- SENPLADES. (2013). *Atlas de Desigualdades Socioeconómicas del Ecuador*. Quito, Ecuador: SENPLADES.
- Servera, M., & Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Rev Neurol*, 45(7), 393-399.
- Shalter, M. A. (2005). Vulnerable Populations. In M. Wallace (Ed.), *Encyclopedia of Nursing Research* (2nd Edition ed.). New York, NY, USA: Springer Publishing Company.
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2010). *Vulnerable populations in the United States* (Vol. 23): Wiley. com.
- Shi, L., Stevens, G. D., Lebrun, L. A., Faed, P., & Tsai, J. (2008). Enhancing the measurement of health disparities for vulnerable populations. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(6), S45-S52.
- Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*: OPS Washington, DC.
- SIISE. (2012). Sistema Integrado de Indicadores Sociales.
- Sim, S., & Rasiah, R. I. (2006). Relationship between item difficulty and discrimination indices in true/false-type multiple choice questions of a para-clinical multidisciplinary paper. *Annals-Academy of Medicine Singapore*, 35(2), 67.
- Smith, G. D., Shipley, M. J., & Rose, G. (1990). Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44(4), 265-270. doi: 10.1136/jech.44.4.265
- Smith, M., & Segal, J. (2014, Febrero, 2014). Child Abuse & Neglect. Recognizing, Preventing, and Reporting Child Abuse. Retrieved Febrero, 2014
- Statt, D. A. (1998). *Concise Dictionary of Psychology*. London, GBR: Routledge.
- Stewart Williams, J., Cunich, M., & Byles, J. (2013). The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of Australian women. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 25-35. doi: 10.1186/1475-9276-12-25
- Swaminathan, H., & Rogers, H. J. (1990). Detecting differential item functioning using logistic regression procedures. *Journal of Educational measurement*, 27(4), 361-370.
- The Lancet. (2014). The silver bullet of resilience. *The Lancet*, 384(9947), 930.
- Thomas de Benítez, S. (2011). *State's of the world's, Street Children: Research*. London: Consortium for Street Children.
- Trout, A. L., Lambert, M. C., Nelson, T. D., Epstein, M. H., & Thompson, R. W. (2014). Prevalence of Weight Problems among Youth with High-Incidence Disabilities in Residential Care. *Behavioral Disorders*, 39(3), 165-174.
- Trout, A. L., Ryan, J. B., La Vigne, S. P., & Epstein, M. H. (2003a). Behavioral and Emotional Rating Scale: Two Studies of Convergent Validity. *Journal of Child & Family Studies*, 12(4), 399.
- Trout, A. L., Ryan, J. B., La Vigne, S. P., & Epstein, M. H. (2003b). Behavioral and Emotional Rating Scale: Two Studies of Convergent Validity. (English) *Journal of Child and Family Studies*, 12(No. 4), 399-410.

- Ullmann, R. K., Sleator, E. K., & Sprague, R. (1991). ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale (ACTeRS). *Los Angeles, CA: Western Psychological Services.*
- UNICEF. (2014). The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every child counts—Revealing disparities, advancing children's rights. *New York: United Nations Children's Fund.*
- UNISDR. (2009). Terminología sobre la Reducción del Riesgo de Desastres. Ginebra, Suiza: ONU.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of Psychological Testing* Retrieved from <http://usfq.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=196638>
- Vázquez Valverde, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE. UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*(1), 9-25.
- Virla, M. Q. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(2), 248-252.
- Wallace, M. (2005). Vulnerable Population. In J. J. Fitzpatrick (Ed.), *Encyclopedia of Nursing Research* (2nd edition ed.). New York, NY, USA: Springer Publishing Company.
- Weiner, I. B., Lerner, R. M., & Easterbrooks, M. A. (2012). *Handbook of Psychology, Developmental Psychology (2nd Edition)*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Wells-Bogue, M. (2013). Interviewing the Street Children of Mekelle City, Ethiopia: Their Plight and What Help Public and Private Organizations Offer. *Inquiry Journal*.
- WHO. (2011). Global status report on alcohol and health. *Geneva: World Health Organization*, 286.
- Woodland, S., Porter, R. E., & LeBuffe, P. A. (2011). Assessing strengths in residential treatment: looking at the whole child. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28(4), 283-302.
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa* (Novena edición ed.). México: Pearson Educación.